Należytość pocztowa gotówką uiszczona.

Nr 5. Rok LIX.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nię z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K. = Marek 3·50.

DR. ZYGMUNT KRAMSZTYK

Odszedł na zawsze z szeregów ostatni już z dawnych przodowników walki o niezależną, własnych szukającą w medycynie torów myśl naukową polską, ostatni ze współzałożycieli polskiego kierunku filozoficzno-lekarskiego, niepospolity lekarz, umysł oryginalny, pierwszorzędny talent pisarski.

Urodzony 16. lipca 1849 w Warszawie i tamże ukończywszy gimnazjum, studjował medycynę w Szkole głównej, dyplom lekarski uzyskał w r. 1872, doktorski w r. 1879. Od r. 1873 był ordynatorem kliniki chorób ocznych, od r. 1879 ordynatorem oddziału ocznego Szpitala starozakonnych w Warszawie.

Pierwsze prace naukowe Kramsztyka z zakresu fizjologji ukazały się w druku już w czasie jego studjów w r. 1870; pierwsza praca z zakresu okulistyki wychodzi w r. 1873, a po niej następuje długi szereg cennych publikacji z tego działu; prawie jednak równocześnie, w r. 1874, rozpoczyna Kramsztyk działalność pisarską na polu, na którem największe położył zasługi i największy zyskał rozgłos, a rozpoczyna rozprawą p. t. »Teorja jestestw organicznych J. Śniadeckiego wobec dzisiejszych pojęć o życiu«. W zakresie okulistyki uwieńczył Kramsztyk swoją działalność wydaniem cenionego podręcznika; w zakresie filozofji medycyny i krytyki lekarskiej — wydaniem tomu świetnie pisanych »Szkiców krytycznych z zakresu medycyny« (Warszawa 1899), ale przedewszystkiem założeniem, redagowaniem (i utrzymywaniem z własnych funduszów) czasopisma p. t. »Krytyka lekarska«. Cel tego pisma tak określił: »Myśli samodzielnej, śmiałej a ścisłej, myśli swojskiej, służyć pragnie »Krytyka lekarska«. Staraniem jej będzie: rozbierać i rozważać zasadnicze, ogólne pojęcia naukowe, przedstawiać historję poglądów i metod, uwydatniać każdą pracę, mającą wartość naukową, wykazywać braki i wady dzieł i artykułów naukowych«. Program ten wypełniało czasopismo sumiennie i dokładnie, a z wielkim dla nauki polskiej pożytkiem, przez cały 11-letni okres swego istnienia. Obok założyciela ogłaszali tam swe rozprawy i krytyczne rozbiory najwybitniejsi nasi lekarze filozofowie, krytycy i historycy, jak Biegański, Hoyer, Nusbaum, Peszke, Bieliński, Wrzosek i i. Pisma o podobnym kierunku i typie nie wytworzył żaden inny naród.

Wybitna rola, jaką odegrał Zygmunt Kramsztyk w naszem piśmiennictwie, charakteryzuje równocześnie jego głębokie poczucie obywatelskie. Długie lata trwał u warstatu pracy publicznej; dopiero pod koniec życia, skołatany wiekiem i zrażony zawodami i różnicami poglądów, usunął się na ubocze.

Zasłużył na wdzięczność i pamięć.

C.

O niedowładzie nieskrzyżowanym (homolateralnym). [1])

Podał **Doc. Dr Stefan Borowiecki.**

(Z oddziału dla nerwowo i umysłowo chorych szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prymarjusz: Doc. Dr Borowiecki).

Nie możemy dzisiaj wątpić, że nauka o skrzyżowanem (kontralateralnem) porażeniu połowiczem ciała, jako następstwie uszkodzenia po stronie przeciwnej okolicy ruchowej kory mózgowej lub dróg z niej wychodzących, odpowiada większości spostrzeżeń klinicznych i doświadczalnych. Nauka ta wraz z wiarą w niezłomne prawa lokalizacji w zakresie układu nerwowego zakorzeniła się dzisiaj tak głęboko w umysły współczesne, że zachodzi obawa, aby nie stała się dogmatem niewzruszonym i aby wszystkie fakty, nie objęte nauką o skrzyżowanem porażeniu, nie uległy zapomnieniu. A przecież, jak to z naciskiem podkreśla ze względów praktycznych chirurg Ledderhose [2]), zestawiając odnośne piśmiennictwo, w razach wyjątkowych możemy spotkać przy uszkodzeniach mózgu bardzo różnorodnych porażenia nieskrzyżowane (homolateralne albo kollateralne), a więc porażenia mózgowe połowicze, dotykające tę stronę ciała, po której znajduje się ognisko. O zjawisku tak pozornie paradoksalnem, jak to porażenie nieskrzyżowane, coraz rzadziej spotykamy wzmianki w nowszem piśmiennictwie, a jednak, jak o tem świadczy zarówno ogólnikowe zdanie Oppenheima (Lehrb. d. Nervenkrank. T. II, wyd. 6, str. 894), jak i rzeczowe zestawienie Monakowa (Gehirnpathologie, wyd. II, str. 482), sprawa tego porażenia nie została dostatecznie wyświetlona.

W piśmiennictwie, zwłaszcza dawniejszem, znajdujemy wzmianki o porażeniach występujących po stronie ogniska w mózgu; przypadki te przytaczano niekiedy, jako dowody świadczące przeciwko skrzyżowanemu połączeniu mózgu i ciała. Wiele tych wzmianek nie wytrzymuje trzeźwiejszej krytyki nowszych czasów. Po odrzuceniu tych spostrzeżeń i opisów niedokładnych pozostaje jednak pewna liczba przypadków starannie opracowanych, w których niezwykły dla porażeń połowiczych obraz anatomiczny przedstawiony jest tak dokładnie, że trudno je pominąć milczeniem.

Przypuszczenie najprostsze, iż poza ogniskiem leżącem po stronie porażenia, widocznem makroskopowo, znajduje się po stronie skrzyżowanej ognisko mniejsze przeoczone, iż mamy tam, słowem, do czynienia tylko z błędem obserwacji, nie wystarcza we wszystkich przypadkach. W niektórych z nich uznano konieczność wytłómaczenia zjawiska niedowładu homolateralnego wadą rozwojową, a więc brakiem skrzyżowania piramid lub odmiennem jego założeniem [3]). Wreszcie myślano o trzeciej możliwości, mianowicie, że porażenie nieskrzyżowane jest objawem pośrednim, odległym, wywołanym przez ognisko (guz, krwotok, ropień, rozmięknienie), leżące wprawdzie po stronie porażenia, ale uciskające czy naruszające pod jakimś względem, np. pod względem krążenia, przeważnie półkulę mózgową przeciwległą.

Że sprawa ta i ze względów praktycznych nie jest pozbawiona znaczenia, dowodzi tego przypadek, który podaje Ledderhose [2]), a w którym stwierdzono prawostronne porażenie, znaleziono zaś ognisko (haematoma subdurale) po tejże stronie. Jak widzimy zatem, nieuwzględnienie możliwości porażenia homolateralnego może dawać niekiedy powód do daremnych zabiegów operacyjnych tam, gdzie ich widoki są względnie dobre.

Pragnąc rzucić nieco światła na ważne, a tak zapomniane zagadnienia niedowładu i porażenia nieskrzyżowanego, podaję niżej 4 przypadki guzów mózgu, badane sekcyjnie, w których za życia jako jeden z objawów był spostrzegany niedowład połowiczy nieskrzyżowany.

Cztery te przypadki świadczą wymownie, że niedowład nieskrzyżowany występować może przy ogniskach rozmaicie usadowionych. Dwukrotnie znalazłem go przy guzie nerwu słuchowego, raz przy guzie półkuli móżdżkowej i raz przy guzie płatu czołowego.

Przechodząc do zastanowienia się nad mechanizmem powstawania niedowładu nieskrzyżowanego, zacznę od dwóch pierwszych przypadków, stanowiących przykłady guzów nerwu słuchowego, stosunkowo dobrze już dzisiaj znanych, a więc często, jak i tutaj, bez pomyłki umiejscowianych. Przedewszystkiem muszę podkreślić, dążąc do wytworzenia własnego zdania o niedowładzie homolateralnym wogóle, jak i niedowładzie tym, spotykanym przy guzach nerwu słuchowego, iż w obydwu przypadkach guza nerwu słuchowego był spostrzegany tutaj nieskrzyżowany mimo, iż materjału przedstawionego tutaj niedobierałem ze stanowiska istnienia tego właśnie objawu. Jestem więc skłonny przypuszczać, że objaw ten nie jest tak rzadki, jak się to w podręcznikach i monografiach o guzach tych czyta. Oppenheim [4]) mówi, opisując jeden z guzów zakąta móżdżkowo-

słuchowego (recessus acustico-cerebellaris), przedstawiający kombinację lewostronnego porażenia nerwów mózgowych z nieskrzyżowanym spastycznym niedowładem, a więc podobny do moich, iż cytuje go jako przypadek ciekawy w przeświadczeniu, że w większości przypadków guzów mostu i kąta móżdżkowo-mostowego występowało porażenie naprzemienne (hemiplegia alternans). Redlich[5]) podaje: »W pojedynczych przypadkach (Oppenheim, v. Economo) dały się stwierdzić niedowład homolateralny ze wzmożeniem odruchów i hemihypestezya o charakterze dyssocjacji«. Wbrew tej opinji wymienionych wyżej autorów rozejrzenie się w kazuistyce guzów kąta mostowo-móżdżkowego piśmiennictwa polskiego, najbardziej mi w tej chwili dostępnego, popiera moje przypuszczenia o względnej częstości niedowładu homolateralnego przy guzach tej lokalizacji. Z 4 przypadków, ogłoszonych przez Bregmana i Krukowskiego[6]), w 3 stwierdzono niedowład homolateralny, w czwartym wystąpić on nie mógł, gdyż guz rozwinął się tam po obydwu stronach. W przypadku podanym przez Hermana[7]) nie znajdujemy wprawdzie wzmianki o wyraźnym niedowładzie, występował jednak po stronie guza objaw Babińskiego. W przypadku opisanym przez Berlsteina i Nowickiego[8]) żadnych objawów miejscowych poza nerwem słuchowym nie było.

Oppenheim, omawiając w swym podręczniku objawy guzów nerwu słuchowego, przesądza poniekąd sprawę niedowładu nieskrzyżowanego, wyrażając następujące zdanie, słuszne w stosunku do innych objawów, świadczące jednak w sprawie, która nas interesuje, o niekorzystnem pomieszaniu faktów bezpośrednio spostrzeganych z teorją, te fakty wyjaśniającą: »Należy zwracać uwagę, iż działanie ucisku może się odbić na nerwach mózgowych i tworach pnia mózgowego przeciwległych, tak że odpowiednie objawy wypadnięcia czy podrażnienia wystąpić mogą obustronnie. Przez ucisk, naciągnięcie i pośrednictwo naciągniętych tętnic mogą objawy ogniskowe strony przeciwnej wystąpić nawet na plan pierwszy« (str. 1196, Lehrb. d. Nervenkrank., wyd. 6). Podobne zdanie wygłasza w sprawie objawów przy nowotworach kąta mostowo-móżdżkowego ze strony pnia mózgowego w swej monografji Bruns[9]).

Jak to wynika z tych i innych zdań wyżej wymienionych klinicystów, niedowład homolateralny przy guzach nerwu słuchowego jest tłómaczony przez nich uciskiem przeciwległej piramidy. Ze stanowiska teorji ucisku piramid trudno jednak zrozumieć, dlaczego przy guzach nerwu słuchowego porażenie bywa stosunkowo często jednostronne, a jeśli już ucisk ma się rozszerzać na piramidę przeciwległą w tak znacznym stopniu, dlaczego niema on dotykać choć w lżejszym stopniu piramidy nieskrzyżowanej. Pożądane jest zatem dalsze rozważanie sprawy niedowładu homolateralnego, przyczem umiejscowienie ognisk w przypadkach tego niedowładu może mieć pierwszorzędne znaczenie dla teorji jego powstawania. Pod tym względem może posunąć naprzód analizę niedowładu nieskrzyżowanego przypadek III, — dający nam w zespole objawów znowu niedowład homolateralny: jestto guz o lokalizacji nieco odmiennej, a jednak pod niejednemi względami pokrewnej. Przypadek ten przedstawia guz okolicy pobliskiej, mianowicie guz namiotu móżdżku i prawej półkuli móżdżku, zastanowić więc musi każdego, czy sprawa niedowładu nieskrzyżowanego nie wiąże się z jakąś fizjologiczną właściwością tej okolicy i czy wszystko, co się da o nim powiedzieć, nie da się odnieść i do przypadków poprzednich. Wprawdzie Oppenheim i przy guzach móżdżku zadowalnia się twierdzeniem, że niedowład bywa tam albo skrzyżowany albo nieskrzyżowany zależnie od tego, czy ucisk dotyka przeważnie piramidy po tej samej stronie, czy po stronie przeciwnej, niemniej jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto, gdyż właśnie ogniskom w móżdżku przypisywano zdolność wywoływania niedowładów nieskrzyżowanych. Jestto zasługą Manna[10]), Pinelesa[11]), że zwrócili oni uwagę na trudność i sztuczność tłómaczeń niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganego przy guzach móżdżku, uciskiem przeciwległej piramidy. Autorzy ci, jaki Duret, Stewart i Holmes[12]), opierają się z jednej strony na spostrzeżeniach klinicznych, z drugiej strony podkreślają wyniki nowszych badań doświadczalnych nad móżdżkiem (Luciani, Russel i inni), stwierdzające objawy ruchowe (ataksję, myastenję i t. d.) przy uszkodzeniach móżdżku po stronie uszkodzenia. Na podstawie zestawienia badań klinicznych i fizjologicznych autorzy ci dążą do wyodrębnienia typu niedowładów i porażeń połowiczych móżdżkowych.

Pineles, zestawiając nowsze piśmiennictwo, znalazł na 20 przypadków guzów móżdżku w 14 zaburzenia ruchowe po stronie skrzyżowanej, a w 7 przypadkach ognisk rozmiękknienia w móżdżku tylko w 2 objawy skrzyżowane, również w 3 przypadkach izolowanego uszkodzenia ramienia mostu objawy były nieskrzyżowane. Podobnież Monakow, zresztą nie podzielający zapatrywań Manna i Pinelesa, podaje, że spostrzegał nieznaczną słabość ruchową kończyn po stronie ogniska w 2 przypadkach zniszczenia ramienia mostu przez wrastający nowotwór. Cechą charakterystyczną tych niedowładów ma być osłabienie ruchowe, dotykające równomiernie całą kończynę, przypominające objaw myastenji móżdżkowej, opisany przez Lucianiego. Osłabienie to nie ogarnia twarzy i języka, a jego cechą charakterystyczną jest, według Manna, wiotkość, brak stanów spastycznych i objawu Babińskiego; towarzyszyć mu ma również połowiczy zanik mięśniowy. Niekiedy wiąże się z niedowładem móżdżkowym hemianestezja i hemiataksja.

Zapatrywania Manna, Pinelesa, Stewarta i Holmesa nie spotkały się dotychczas z uznaniem większości klinicystów (Bruns, Monakow, Oppenheim, Redlich i inni), sądzę jednak, że sprawa ta daleką jest od załatwienia ostatecznego i nadaje się do ponownego gruntownego rozważenia. Zmienność poglądów różnych autorów zdaje się pochodzić z jednej strony stąd, że sprawa niedowładu nieskrzyżowanego, jak i niedowładu móżdżkowego, przeważnie nie były traktowane same przez się, lecz raczej przygodnie mimo to, że wymagają one sprawdzenia na większym materjale specyalnie w tym kierunku gromadzonym, z drugiej strony dlatego, że same objawy, o jakie tutaj idzie, trudne są do analizy i różnie mogą być przez różnych autorów opisywane.

Wprawdzie przy guzach móżdżku, jak i guzach nerwu słuchowego, liczne czynniki mogą zaciemniać pochodzenie niedowładu homolateralnego, jaki w nich możemy spostrzegać, sądzę jednak, że w sprawie powstawania niedowładu nieskrzyżowanego nie powinniśmy się trzymać z uporem teorji ucisku przeciwległej piramidy i że możemy ten niedowład, jeśli nie całkowicie, to przynajmniej w pewnym stopniu przypisać móżdżkowi. Gdy ucisk piramidy przeciwległej jest tylko przypuszczeniem, nie opartem na żadnej, dotychczas nawet makroskopowo nie narzucającej się zmianie, to wgniecenie mostu Warola, okolicy ramienia mostu i ucisk móżdżku po stronie niedowładu »mutatis mutandis« dały się niewątpliwie stwierdzić we wszystkich trzech przypadkach. Za rolą dominującą móżdżku przemawia dalej stosunkowa częstość niedowładów homolateralnych przy guzach nerwu słuchowego, jak i móżdżku (Pineles), a także ich odrębność oraz zespół objawów, w jakim one występują. Nie jestto chyba dziełem przypadku, że z 4 przypadków niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganych przezemnie, 3 odnoszą się do okolicy móżdżku i że, chcąc pisać o niedowładzie nieskrzyżowanym, czułem się zmuszony poruszyć sprawę kwestjonowanego istnienia niedowładu móżdżkowego. Poza tą względną częstością niedowładów nieskrzyżowanych przy ogniskach w okolicy móżdżku przemawia ich odrębność, jeśli nie za całkowitem, to przynajmniej za częściowem ich pochodzeniem móżdżkowem.

Spotkać mnie tu może zarzut, że obrazy spostrzegane przezemnie niezupełnie odpowiadały obrazowi, naszkicowanemu przez Manna. Jak to zaznaczyłem, cechą niedowładu móżdżkowego Manna ma być wiotkość, brak stanów spastycznych i objawu Babińskiego, a nawet połowiczy zanik mięśniowy. Otóż niewątpliwie tylko jeden ze spostrzeganych przezemnie guzów nerwu słuchowego odpowiadał niemal całkowicie opisowi Manna, w drugim natomiast był zachowany objaw Babińskiego i odruch kolanowy był wzmożony, również w przypadku trzecim guza półkuli móżdżkowej i namiotu był objaw Babińskiego i Oppenheima. Niemniej we wszystkich trzech przypadkach brak było spastyczności, charakterystycznej dla porażeń mózgowych. Ze wspomnianych wyżej trzech przypadków Bregmana i Krukowskiego we wszystkich znajdują się odruchy wzmożone po stronie niedowładu, w jednym objaw Babińskiego, w żadnym natomiast nie zauważono padaczkowego drgania stopy (clonus pedis), w jednym zaś tylko wspomniano o zwiększonem napięciu mięśniowem. W przypadku Hermana nie spostrzegano różnic w napięciu ani osłabieniu, był natomiast objaw Babińskiego. We wspomnianym natomiast wyżej przypadku Oppenheima stwierdzono wyraźny niedowład spastyczny ze wszystkiemi jego objawami, nawet z objawem stopowym (clonus pedis).

Jak widzimy z powyższego, w przypadkach niedowładu nieskrzyżowanego spostrzegano odruchy różne, rzadkie jednak są wzmianki o objawie stopowym i o wzmożonem napięciu mięśniowem kończyny porażonej. Jeśli więc mamy prawo przedstawione tutaj przypadki niedowładu homolateralnego nazwać choć w części przypadkami niedowładu móżdżkowego, możemy zgodzić się z twierdzeniem Manna, iż naogół cechą tych niedowładów jest ich wiotkość i brak wzmożonego napięcia mięśniowego, uzupełnić je jednak musimy zastrzeżeniem, że nie jest

wykluczone, iż odruchy mogą być przy nich rozmaite i często mogą być podobne do odruchów przy porażeniach mózgowych. Zastrzeżenie to nie kwestjonuje, zdaniem mojem, przypuszczenia o częściowem pochodzeniu móżdżkowem niedowładów nieskrzyżowanych, jakie tutaj przedstawiłem, lecz tylko skłania się do rozszerzenia nieco symptomatologji niedowładów odnoszonych do móżdżku; na korzyść tego rozszerzenia przemawiają również fakty, znane nam z fizjologji.

Rozważając sprawę odrębności niedowładów móżdżkowych, myślę, że nie od rzeczy będzie przypomnieć tu kilka faktów z fizjologji. Z jednej strony pozwolą nam one spokojnie rozpatrywać możliwość częściowego pochodzenia móżdżkowego niektórych przypadków niedowładu nieskrzyżowanego pomimo odruchów wzmożonych, objawu Babińskiego i objawu stopowego, z drugiej strony wskażą nam u zwierząt poza różnicami analogje pomiędzy niektóremi objawami po usunięciu półkuli mózgowej i usunięciu półkuli móżdżkowej, a analogje te rzucą światło na trudności rozpoznawcze zaburzeń móżdżkowych u człowieka. Przedewszystkiem więc dowiadujemy się z fizjologji, że po doświadczalnem usunięciu półkuli móżdżkowej — odruchy u zwierząt są po stronie uszkodzenia wzmożone (Lewandowsky [13]), Luciani, Russel) pomimo istnienia atonji, a więc zmniejszonego napięcia mięśniowego, odruchy same przez się nie mogą więc nas pouczać co do stanu napięcia mięśniowego. Dopóki mechanizm powstawania wymienionych odruchów nie jest dostatetecznie poznany i nie możemy w nim wykluczyć takiego lub innego udziału móżdżku, nie jesteśmy w stanie wyciągać, zdaniem mojem, jakichkolwiek bezwzględnie pewnych wniosków przeciwko istnieniu niedowładu móżdżkowego jedynie na podstawie odruchów wzmożonych, objawu Babińskiego lub nawet objawu stopowego. Objawem zasadniczym niedowładu móżdżkowego jest zmniejszone napięcie mięśniowe — atonja, która nie musi iść równolegle z zachowaniem się odruchów, o ile zaś napięcie mięśniowe jest wzmożone, o ile mamy objaw stopowy lub objaw Babińskiego, świadczyć one mogą jedynie, jeśli staniemy na stanowisku współczesnej nauki o odruchach u człowieka, o powikłaniu obrazu niedowładu pochodzenia móżdżkowego obrazem niedowładu zależnego od ucisku piramid.

Drugi fakt pierwszorzędnej wagi, który musimy tu sobie uprzytomnić z zakresu fizjologji móżdżku, to obecność u zwierząt z uszkodzeniami móżdżku zaburzeń, wskazujących na zaburzenia czucia mięśniowego, zaburzeń, tak podkreślanych przez Lussanę i Lewandowskiego. Zwierzę takie nie koryguje mianowicie położeń niedogodnych, w jakich się kończyny znajdują: pozwala, aby łapa przy staniu dotykała grzbietem podłogi, nie podnosi kończyny zwisającej z muru, na którym leży i t. d. Otóż zaburzenia podobne, tylko w większym jeszcze stopniu, opisane zostały u zwierząt po usunięciu półkuli mózgowej. Fakt ten, który sam mogłem niejednokrotnie u zwierząt operowanych spostrzegać, przytaczam jako przykład trudności różniczkowania niektórych objawów mózgowych i móżdżkowych, a więc objawów, mających niewątpliwie odmienny mechanizm, znany nam już z fizjologji. Nie inaczej rzecz się przedstawia, zdaniem mojem, u człowieka. Sądzę, że nie można z całą pewnością wyodrębnić zaburzenia, nazwanego przez Babińskiego [14]) adiadochokinezą (utrudnienie kolejnego wykonywania pewnych ruchów, np. ruchów pronacji i supinacji przedramienia w kończynach nieporażonych), od niedowładu wiotkiego — astenji móżdżkowej, z drugiej strony adiadochokineza i ślad bezładu statycznego nie zawsze dadzą się z całą pewnością odróżnić od niedowładu mózgowego lekkiego stopnia. Przypuszczam też, że nieuwzględnianie dostateczne możliwości tych podobieństw zaburzeń mózgowych i móżdżkowych doprowadziło wielu klinicystów do tak jaskrawie negatywnego stanowiska względem Manna. Wszak Oppenheim pisze o homolateralnej hemiataksji, jako o objawie dość częstym i typowym dla guzów móżdżku, jak i guzów nerwu słuchowego, nasuwa się więc sama przez się myśl, czy niedowład móżdżkowy Manna w badaniu Oppenheima nie okazałby się tylko bezładem połowiczym.

Powiedziałbym dalej, że cechą odrębną niedowładu homolateralnego, który byłbym skłonny odnosić do móżdżku, jest jego słabe natężenie oraz rozmieszczenie w różnych grupach mięśniowych, charakteryzujące się lekkiem upośledzeniem całej kończyny, nietylko jej części obwodowych (distalnych).

Wreszcie zdarzają się przypadki, gdzie sam zespół objawów wskazywać może na możliwość pochodzenia móżdżkowego niedowładu homolateralnego. Należy tu przypomnieć częstą kombinację objawów niedowładu z bezładem w ruchach czy w spokoju. Objawy niedowładu i bezładu mogą przytem występować niekoniecznie w jednej i tej samej kończynie: spostrzegałem przypadek, w którym w kończynie górnej był ślad adiadochokinezy — w dolnej ślad niedowładu, lub też, w górnej kończynie samoistny objaw zbaczania z osłabieniem tej kończyny — w dolnej objaw niedowładu w ruchach i odruchach. Podobnież kombinacja lekkiego niedowładu z objawem samoistnego zbaczania zdarza się dość często.

Streszczając zatem wyniki dotychczasowych rozważań, można powiedzieć z pewnem prawdopodobieństwem, że niedowład nieskrzyżowany, jaki w trzech pierwszych opisanych tutaj przypadkach był spostrzegany, jeśli nie całkowicie, to przynajmniej w części — i to może w dość znacznej części — jest zależny od udziału móżdżku, względnie jego dróg. Wzięcie pod uwagę wymienionych tutaj danych z piśmiennictwa, fizjologji oraz patologji przemawia za istnieniem odrębnej kategorji niedowładów nieskrzyżowanych pochodzenia móżdżkowego, które wyjątkowo jednak tylko pojawiają się w swej czystej postaci.

Pozostaje nam zatem do rozpatrzenia przypadek czwarty, a więc przypadek guza płatu czołowego, w którym wśród zespołu objawów występował również lekki niedowład nieskrzyżowany. Jego ślad nie zatarł się w tym przypadku nawet w okresie, w którym objawy ze strony przeciwnej ciała nie ulegały już najmniejszej wątpliwości. Wgniecenie i przesunięcie płatu czołowego przez guz w lewo i ku tyłowi nasuwa tutaj w pierwszej linji przypuszczenie najpopularniejsze, iż niedowład nieskrzyżowany powstał wskutek ucisku dotykającego okolicę ruchową kory mózgowej po stronie skrzyżowanej w stopniu większym, niż inne części mózgu. Niemniej wobec niedostatecznej znajomości fizjologicznej płatu czołowego pożądane byłoby dalsze zbieranie materjału kazuistycznego z ogniskami w płacie czołowym celem ustalenia, czy podobny czynnik wystarcza w tym przypadku dla wytłómaczenia niedowładu nieskrzyżowanego. Sądzę jednak, że nawet przy zupełnem uznaniu ważności mechanicznego ucisku należy w rozpatrywanym przypadku zastanowić się nietylko nad uciskiem piramidy skrzyżowanej, lecz w równej mierze biorąc pod uwagę rozpatrywane wyżej znaczenie móżdżku dla powstawania niedowładu nieskrzyżowanego, nad możliwością ucisku nieskrzyżowanej półkuli móżdżkowej czy też dróg móżdżkowych. Teoretycznie możnaby przypuścić, że niedowład nieskrzyżowany w ostatnim przypadku ma swoje źródło w ucisku piramidy skrzyżowanej i półkuli móżdżku nieskrzyżowanej. Ze swej strony powiedziałbym, że na korzyść przypuszczenia o pochodzeniu nieskrzyżowanego niedowładu z ucisku przeciwległej piramidy przemawia fakt, iż zjawiska porażne i zmiany w odruchach, wprawdzie wyraźniejsze po stronie ogniska, spostrzegano tu i po drugiej stronie. Nie powinniśmy jednak również zapominać, że płat czołowy jest punktem wyjścia drogi czołowomostowej (tractus fronto-pontinus), łączącej go przez pośrednictwo istoty szarej mostu z móżdżkiem, pozostawałoby zatem do wyjaśnienia, jaki jest stosunek niedowładu homolateralnego do płatu czołowego i jego dróg. W każdym razie obraz kliniczny niedowładu nieskrzyżowanego, spostrzeganego w tym przypadku, zwłaszcza w okresie początkowym, przypominał bardzo wspomniany obraz niedowładu nieskrzyżowanego omawianego wyżej, który skłonny byłbym odnosić choć w części do móżdżku.

Rzucając okiem wstecz na 4 przedstawione tutaj przypadki niedowładu nieskrzyżowanego, nadmienię, że Monakow (Gehirnpathologie, wyd. II, s. 483), poddając przeglądowi kazuistykę, podaną przez Ledderhosego, podkreśla w niej stosunkową częstość ognisk na podstawie mózgu, w płacie czołowym i potylicy, a więc w okolicach, które zazwyczaj nie służą za podłoże do powstawania porażenia czy niedowładu połowiczego. Ze swej strony zaznaczyłbym dodatkowo, iż ogniska, leżące na podstawie mózgu i w potylicy, stosunkowo często dotykać mogą w większym stopniu, niż inne części mózgu, móżdżek lub jego drogi. W jaki sposób ogniska płatu czołowego wywoływać mogą niedowład homolateralny, jest zagadnieniem bardzo trudnem. Wprawdzie na podstawie przedstawionego wyżej przypadku ognisko płatu czołowego, jak się zdaje, może wywołać ucisk piramid przeciwległej, z drugiej strony niewyjaśniona pozostaje dotychczas rola dróg czołowomostowych w powstawaniu niedowładu nieskrzyżowanego, jaki przy ogniskach tej okolicy może się pojawiać.

Na zakończenie zaznaczę raz jeszcze zasadnicze myśli, jakie tutaj mi się nasunęły z powodu niedowładów nieskrzyżowanych, spostrzeganych przy ogniskach tylnej jamy czaszkowej: 1) Niedowład nieskrzyżowany może zależeć nietylko od błędu obserwacji, wadliwego założenia piramidy, ale nadto od móżdżku, możliwość ta zdaje się nawet znacznie zacieśniać zakres innych możliwości. 2) Niedowład nieskrzyżowany, jaki możnaby odnieść do móżdżku, wykazuje szereg cech odrębnych (wiotkość, upośle-

dzenie całej kończyny, występowanie z innemi objawami móżdżkowemi, słabe natężenie), niemniej jednak staje się często wskutek nieznaczności zaburzenia źródłem nieporozumienia co do swej istoty i stąd pochodzi, iż to, co jedni mogą uważać za niedowład, przez innych może być uważane za bezład statyczny lub adiadochokinezę. 3) Ze względu na uniknięcie nieporozumień uważałbym za najwłaściwsze wprowadzić dla określenia niedowładu homolateralnego pochodzenia móżdżkowego nazwę hemiastenji, podkreślając w ten sposób z jednej strony analogję pomiędzy wynikami doświadczeń fizjologicznych oraz spostrzeżeniami klinicznemi, akcentując z drugiej strony odrębność tego niedowładu od niedowładów pochodzenia móżdżkowego.

Nie przeczę, że twierdzenia wypowiedziane tutaj mogą w pierwszej chwili kogoś zadziwić, sądzę jednak, że są one conajmniej dość uzasadnione, aby być początkiem dalszych badań we wskazanym kierunku. Bez wątpienia podjęte tu być mogą i powinny dalsze badania, nietylko kliniczne, ale anatomopatologiczne.

Niewątpliwie guzy nie są najlepszym materyałem do studjowania zasad lokalizacji, niemniej w znacznej mierze zmuszeni jesteśmy u człowieka na tym właśnie materjale poprzestać. Zadanie poznania zjawisk fizjologicznych jest tu stale komplikowane przez zadanie poboczne śledzenia zasad rozszerzania się ucisku w mózgu, które narzuca się nam samo przez się. Ryzykowne byłoby jednak dedukować objawy kliniczne wyłącznie z niektórych objawów nawet spostrzeganego ucisku, poznanie objawów winno być zadaniem równoległem do poznania praw ucisku śródczaszkowego. Nawet stwierdzenie objawów ucisku przeciwległej piramidy nie powinno nam zamykać oczu na zjawiska, które do niego nie mogą być odniesione. W sprawie, którą tutaj przedstawiłem, uważałbym za klasyczny i najzrozumialszy przykład guza którejś z półkul móżdżku, który daje pod względem klinicznym obraz niedowładu typu mózgowego po stronie przeciwnej oraz zespół objawów móżdżkowych po stronie ogniska. Przypadki podobne są nam znane. Doświadczenie kliniczne poucza nas jednak, jak to wyżej chciałem przedstawić, że w dość znacznej liczbie spotykamy się z przypadkami, w których objawy móżdżkowe po stronie ogniska są zaćmione mniej lub więcej przez niektóre z objawów charakterystycznych dla porażeń mózgowych. Wyobrażam sobie, że w przypadkach tych zespół objawów móżdżkowych został zakryty przez zaburzenia zależne od ucisku piramid; jądro tego zespołu móżdżkowego, zmienione niemal nie do poznania, zawsze prawie da się jednak wyłuskać. Stanowi go astenja połowicza po stronie ogniska ze wszystkiemi wspomnianemi wyżej cechami, zazwyczaj nie dopuszczająca do rozwinięcia się zwykłego obrazu niedowładu spastycznego typu mózgowego. Jako dowód słuszności wygłoszonych tutaj zapatrywań zacytowałbym przypadek guza móżdżku w dość wczesnym okresie, w którym poza objawami ogólnemi znalazłem: osłabienie odruchów spojówkowych i rogówkowych wyraźniejsze po stronie lewej, lekką astenję kończyn po stronie lewej i objaw samoistnego zbaczania ku wewnątrz po tejże stronie bez jakichkolwiekbądź różnic w odruchach. W przypadku tym nikły objaw astenji wystąpił niemal na plan pierwszy. Ten objaw astenji aż do późniejszych okresów utrzymał się w swej czystości w jednym z omawianych tutaj guzów nerwu słuchowego, w którym żadnych różnic w odruchach nie można było również zauważyć.

[1]) Odczyt z demonstracjami wygłoszony dnia 18. II. 1920 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Ze względu na konieczność streszczania się w odczycie opuszczone zostały rozmyślnie historje chorób.

[2]) Arch. f. klin. Chir. 1895. [3]) Charcot et Pitres. Les centres moteurs corticaux chez l'homme. Paris 1895. — Flechsig. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen. Leipzig 1876. S. 273. [4]) Oppenheim. Beiträge z. Diagnostik u. Therapie der Geschwülste im Bereich des centralen Nervensystems. Berlin 1907. S. 32. [5]) Redlich E. Hirntumor. Handb. d. Neur. v. Lewandowski, III Bd. Spez. Neurol., II. S. 607. [6]) Neurologia polska, t. I i II, 1911. [7]) E. Herman. Medyc. i Kron. lek. 1917. [8]) Lwowski Tygodnik lek. r. 1912. [9]) Die Geschwülste der Nervensystems. Karger-Berlin. S. 218. [10]) Mon. f. Psych. 1902. [11]) Z. Lehre v. d. Funktionen des Kleinhirns. Obersteiners Arb. Wien 1899. [12]) Brain 1914. [13]) Lewandowsky M. Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Jena 1907. S. 185 i 159. [14]) J. Babiński. Revue mens. de Méd. int. et de Ther. Mai 1909.

O teorji nerwic i nerwowości Adlera

podał

Dr Maksymiljan Blassberg (Kraków).

(Podług wykładu wygłoszonego d. 6. V. 1920 w Krakowskiem Towarzystwie neurologiczno-psychiatrycznem).

Neurolog wiedeński Alfred Adler stworzył w nauce kierunek, który nazwał »porównawczą psychologią indywidualną«. Gdy w przeważnej większości psychologowie obserwują i zbierają lub doświadczalnie wytwarzają zjawiska, ujmują i grupują je potem w schematy i systemy — to Adler, przyjmując jedność indywidualności, stara się uzyskać jednolity obraz psychologii osobniczej na podstawie poszczególnych duchowych przejawów i form wyrażania się. Ta szkoła psychologii indywidualnej, do której prócz jej twórcy Adlera należą między innymi Furtmüller, Strasser, Wexberg, Asnaourow, Maday, Dück, Kaus, Appelt, Thalberg, Kramer, Lint, Oppenheim i wielu innych, stawia sobie zatem za zadanie badać wszystkie przejawy psychiczne w ich łączności jednolitego tworzenia się u danego osobnika. Szkoła ta twierdzi, że już w życiu duchowem dziecka wytycza się pewien cel i pewne linie kierunkowe i wszelkie zjawiska, jakie u danego osobnika spotykamy, odpowiadają planowej linii życiowej. Przez wyjaśnianie ukrytego, nierozpoznanego planu życiowego i rewizyę jego stara się szkoła ta wzmocnić poczucie prawdy i działać z jednej strony pedagogicznie, a z drugiej leczniczo przez to, że stara się zboczenia chorobowe lub antyspołeczne usunąć przez zmianę systemu i światopoglądu, który sobie dany osobnik sam wytworzył. Według Adlera osobnik nerwiczy kształtuje swoją nerwicę według schematu, a zadaniem analizy psychologicznej lekarza i pedagoga jest wykrycie tego schematu.

Teorya nerwic Adlera dąży do zbadania i wyjaśnienia tego stanu, który się nazywa nerwowością i charakteru, zwanego nerwowym. Wkracza ona szerokim strumieniem zarówno w dziedzinę lekarską chorób nerwowych i umysłowych, jak i w dziedzinę psychologii i pedagogii. Jest ona oparta na metodzie psychoanalitycznej, stworzonej przez lekarzy wiedeńskich Breuera i Freuda, a stawia sobie za zadanie dotrzeć do zrozumienia objawów nerwiczych i charakteru nerwiczego przez to, że stara się zbadać i zrozumieć o ile możności całokształt indywidualnych wrażeń i obraz o świecie, jaki sobie urobił osobnik nerwiczy. Podstawą zapatrywań tej teoryi jest zasadniczy pogląd, empirycznie zdobyty, że cechą wszelkich przejawów duchowych i działań jest jakiś cel. Nie jesteśmy, według Adlera, zdolni myśleć, czuć, chcieć ani działać bez jakiegoś przyświecającego nam celu, a każdy przejaw duszy, jeżeli ma nam dać zrozumienie jakiegoś osobnika, musi być pojęty i zrozumiany jako przygotowanie do jakiegoś celu. Jeżeli poznaliśmy cel jakiejś czynności psychicznej lub jakiegoś planu życiowego, to musimy od wszystkich ruchów częściowych oczekiwać, że będą się one zgadzać z wytyczonym celem i planem życiowym. Jeżeli u osobnika nerwiczego, u którego na pewno wykluczone są przyczyny organiczne, wystąpi np. osłabienie pamięci, to Adler zadaje sobie pytanie: do czego zmierza to osłabienie pamięci? I znajduje np. po dokładnych badaniach, że osobnik ten dąży do udowodnienia sobie samemu i innym, że z jakichś motywów, które muszą być niewymienione lub nieświadome, ale dla których osłabienie pamięci jest bardzo skuteczną bronią, musi on odsunąć i uchylić się od jakiegoś czynu, rozstrzygnięcia lub postanowienia, jak np. od zmiany zawodu, studjum, egzaminu, ożenku i t. p. W tym wypadku osłabienie pamięci zostało zdemaskowane, jako broń w walce przeciw ulegnięciu i przy każdem badaniu takiego zaburzenia pamięci będziemy właśnie oczekiwać tego defektu, który należy do tajnego planu życiowego danego osobnika.

Na powstanie nerwowego charakteru składają się według Adlera dwa czynniki: 1) wybitne uczucie własnej mniejszej wartości (Minderwertigkeitsgefühl) w stosunku do otoczenia, które rozpoczyna się już w wieku dziecięcym i jest uczuciem nieznośnem dla dziecka, 2) psychiczna reakcja wynikła z uczucia własnej mniejszej wartości, przejawiająca się w przesadnych usiłowaniach wyrównawczych, wiodących do przesadnego samopoczucia własnej osoby (Persönlichkeitsgefühl). Droga do celu, którym jest podniesienie osobowości (Erhöhung der Persönlichkeit), prowadzi przez charakterystyczne dla danego osobnika koleje, które Adler nazywa liniami wytycznemi (Leitlinien).

Uczucie własnej mniejszej wartości u dziecka ma dwa źródła: 1) Jedno główne źródło tkwi we wrodzonej wadliwości i mniejszej wartości poszczególnych narządów (Organminderwertigkeit). Adler przyjmuje tedy jako podstawę nerwic konstytucyonalne obciążenie ustroju. 2) Drugiem źródłem poczu-

cia mniejszej wartości są przyczyny społeczne, szczególne warunki środowiska i wpływ szczególnych przeżyć.

Mniejsza wartość narządu polega na defekcie, który jest następstwem powstrzymanego rozwoju lub zmiany jakiegoś narządu lub jego części. W miarę rozwoju osobnika i w miarę działających bodźców życiowych ta mniejsza wartość narządu zostaje w mniejszym lub większym stopniu pokonana, tak że w ostatecznym wyniku daje ona następujące różne stopnie i okresy: niezdolność życiowa, nieprawidłowość kształtu i czynności, nieodporność i skłonność do chorób, wyrównanie w danym narządzie, wyrównanie przy pomocy innego narządu, wyrównanie przez wygórowaną konstrukcyę psychiczną (psychischer Überbau), nadmierne wyrównanie (hyperkompenzacya) organiczne i psychiczne. Takie pokrywanie defektu przez spotęgowanie wzrostu i czynności, przez wyrównanie może w korzystnych warunkach doprowadzić do przesadnie wygórowanego wyrównania, a to zwykle pociąga także za sobą spotęgowany rozwój ośrodkowego układu nerwowego. Często wyrazem zewnętrznie widocznym mniejszej wartości są t. zw. cechy zwyrodnienia albo znaki (stigmata), którym dotychczas albo nie przypisywano żadnego znaczenia, albo uważano za znaki ogólnego zwyrodnienia. Tymczasem Adler twierdzi, że one, jako zewnętrzne znaki, wskazują, który narząd jest mniejszej wartości, a więc wskazują czy to na oko, czy na ucho, czy na narząd oddechowy, moczowo-płciowy lub przewód pokarmowy. Do takich znaków zalicza on np. zniekształcenia ucha, nieprawidłowości barwikowe tęczówki, zniekształcenia kończyn dolnych i narządów płciowych, jak np. wnętrostwo (kryptorchismus), spodziectwo (hypospadiasis), różne znamiona i brodawki oraz różne objawy nieprawidłowe, jak np. mimowolne moczenie nocne, a nadto zaburzenia w odruchach a zwłaszcza błon śluzowych poszczególnych narządów, jak np. odruchu podniebiennego. Narząd mniejszej wartości potrzebuje dłuższego czasu, aby dojść do prawidłowej czynności i przytem przechodzi szereg zaburzeń, których pokonanie wymaga spotęgowanej pracy mózgowej. Ta mniejsza wartość narządów, często podczas wieku dziecięcego wpada w oczy i część ich nazywana jest przez pedagogów wadami dziecięcemi. Stany nieprawidłowe, wynikające dla dziecka z mniejszej wartości narządów, są bardzo rozmaite, jak np. późne wyuczenie się mowy, fałszywe dźwięki mowy, jąkanie się, mruganie, zezowanie, złe wydzielanie, skłonność do wymiotów, ssanie palców, leniwe i oporne jedzenie, a dalej niezgrabność, niezręczność, nadwrażliwość nerwowa, przedwczesna dojrzałość, mańkuctwo, brzydota, oraz różne słabości, choroby i skłonności do chorób. Taki stan mniejszej wartości narządów wywiera stały wpływ na duszę dziecka, na jego myśli, czyny, skłonności, zdolności, zamiłowania i wybór zawodu. W snach i fantazyach dziecięcych uwidocznia się dążenie do podniesienia i spotęgowania przyjemności, pochodzącej z mniejwartościowego narządu. Wszystkie siły psychiczne, zabezpieczające dziecko, które służą do wyrównania wad, są stale czynne. Chodzi tu mianowicie o przewidywanie, obmyślanie, pamięć, intuicyę, wczuwanie się, uwagę, nadwrażliwość i tym podobne stany. Niekiedy taka wada dziecięca zostaje pokonana i przytłumiona na tak długo, dopóki panują warunki na ogół prawidłowe i spokojne. Przy większych wysiłkach psychicznych jednak na nowo się uwydatnia. Tak np. może mruganie występować tylko przy jaskrawem świetle, zezowanie tylko przy pracy z bliska, jąkanie się przy rozdrażnieniu, wymioty w przebiegu afektów i t. p.

Na ogół zatem z tej sfery niepewności osobnik nerwowy wychodzi przytłoczony konstytucjonalną mniejszą wartością, a cały jego sposób chcenia i myślenia wybudowuje się na podstawie uczucia własnej mniejszej wartości.

Uczucie własnej mniejszej wartości utrudnia w znacznym stopniu włożenie się dziecka w warunki i wymogi kultury i wywołuje częste konflikty z otoczeniem. Ażeby usunąć to przykre uczucie, dziecko zaczyna już wcześnie robić usiłowania celem uzyskania pewnego punktu oparcia wobec otoczenia i zaczyna ważyć i oceniać stosunek swoich zdolności do problemów życiowych. Celem tęsknoty dziecka w tych warunkach jest być wielkim, być mocnym, być męskim, być na górze. Ten cel obrazuje i symbolizuje sobie dziecko w wyborze osoby z otoczenia, najczęściej ojca, a całe zachowanie się dziecka, jego postawa, giesty, zabawy, życzenia, marzenia, ulubione bajki i myśli o przyszłym zawodzie są wyrazem tendencji wyrównawczej i przygotowania do przyszłej roli życiowej. Dziecko, mające poczucie własnej mniejszej wartości, niezdolności, słabości, małości i niepewności, doznaje uczucia przykrego i niezadowolenia. Także niepewność dziecka co do swej obecnej i przyszłej roli płciowej odgrywa w powstawaniu nerwic ważną rolę. Zaczyna się ona już około 4. roku życia. Bezpośrednio nie dostaje dziecko wyjaśnienia w tym względzie i jest skazane samo na siebie. Nie znając znaczenia narządów rodnych, stwarza sobie najrozmaitsze teorye. Różnicę płci widzi dziecko w ubraniu, we włosach, we własnościach cielesnych i umysłowych. Ale tu nasuwają mu się liczne wątpliwości. Wielu chłopców bowiem nosi sukienki i ma długie włosy. Dziewczęta nazywa się istnymi chłopakami lub stworzonemi na chłopca. Ganiąc dzieci, nazywa się je babami, a chwali się męstwem i męskością. Stąd powstaje i potęguje się u dziecka silna obawa, że przypadnie mu rola w życiu, którą się uważa za niemęską, kobiecą i niższą. Stąd też powstaje w niem tendencja wyrównawcza, niejako męski protest, zdążający do chęci górowania i do wywyższenia poczucia własnej osoby. Ta formuła z nieznaczną modyfikacją dotyczy dzieci obojga płci. Dziewczynka, która sobie zdaje sprawę z tego, że jej rola płciowa jest inna, ustanawia sobie inną formułę, mniej więcej tej treści, że skoro już nie może być mężczyzną, to chce jako kobieta panować i podbijać, chce być królową, księżniczką, wielką panią itp. Tendencja pójścia po linii męskości opanowuje całą psychiczną budowę nerwic i ich objawów. Ona uwydatnia się w dziecięcych konfliktach, życzeniach, planach, w perspektywach na przyszłość, w myślach o przyszłym zawodzie i przyszłem małżeństwie.

Jak widzimy zatem, na ujemnej ocenie samego siebie buduje dziecko swój plan życiowy. Planu tego trzyma się ono tem silniej, im silniej pcha go uczucie własnej niższości do kompenzacyi. Plan życiowy jest ostateczną wytyczną linią kierunkową dla jego woli i życzeń i dąży ono do jego urzeczywistnienia wśród realnego życia, przynoszącego nawałę i chaos najrozmaitszych faktów. Przez wytyczenie sobie takiej linii kierunkowej i przez skupienie wszystkich swoich myśli i czynów na tej linji oddala się dziecko szybkiemi krokami od realnego życia i znajduje się na linii fikcyjnej. Dzięki swemu uczuciu niepewności i z obawy przed wszelką nowością i przed wszystkiem, co stanowi dla niego decyzję lub przeszkodę do pokonania, zrzeka się ono rozstrzygania realnych kwestyj bez uprzedzeń, a ograniczenia, narzucane mu przez rzeczywistość sprawiają, że neurotyk fikcję swoją zmienia, ale jej nie usuwa. Neurotyk balansuje w życiu realnem na linii fikcyjnej, wytworzonej przez siebie i tą drogą dochodzi do rozdwojenia swojej osobowości, chcąc uczynić zadość równocześnie postulatom realnym i imaginacyjnym. Pacyent psychotyczny tem się różni od neurotyka, że usiłuje jeszcze konsekwentniej zrealizować i przeprowadzić swoją fikcyę.

Forma i treść neurotycznej linii wytycznej, opierając się na samopoczuciu niższości, stwarzają pozycyę aggresyjną, której celem jest przezwyciężenie stanu niepewności i zabezpieczenie się wobec faktów życiowych i otoczenia. Udałe próby podniesienia samopoczucia skłaniają dziecko do powtarzania ich, a nieudałe służą mu jako memento, jako przestrogi. Wszystkie objawy nerwicy pochodzą z tych środków przygotowawczych, które zdążają do końcowego celu męskości. Są to stany pogotowia psychicznego, zawsze gotowe do walki o poczucie własnej osobowości, podległe komendzie kierującej fikcyi. Z powodu uczucia niepewności jest wzrok neurotyka zawsze skierowany w daleką przyszłość, a całe obecne życie jest dla niego tylko przygotowywaniem. Od zdrowego osobnika odróżnia się neurotyk silniejszą »tendencyą zabezpieczenia się«, która towarzyszy jego planowi życiowemu.

Ażeby podnieść swoje poczucie własnej osoby, ucieka się chory do różnych sztucznych zafałszowań i konstrukcyj, zapomocą których stwarza sobie fikcję, upewniającą go i zabezpieczającą mu przewagę, a które są urządzeniami przygotowawczemi w życiu psychicznem neurotyka. I tak albo obniża on albo przecenia, podnosi i idealizuje wartość objektu ze środowiska. Również często odwleka i oddala rozstrzygnięcia i stwarza odległość (Distanz) między sobą a objektem. Lubuje się w środkach, które służą jego fikcji, czyto posługując się dokładnością, czy pedanteryą, ażeby tem wynieść się ponad innych. Trwogą lub bojaźliwością broni się przed poniżeniem i zaprzęga inne osobniki do swego rydwanu. Neurotyk też wszystkiego żąda, choć uzyskanie daje mu małą satysfakcyę, ale to zagarnianie wszystkiego pokrywa się z jego wytyczną fikcyą, że chce być najmocniejszym. Ambicja neurotyka jest tylko środkiem, a nie celem, tak iż albo się go stosuje albo usuwa, odpowiednio do tego, czy ten rys charakteru jest potrzebny dla osiągnięcia celu, czy też nie. Natomiast egoizm osobników nerwowych, ich zazdrość, skąpstwo i tendencja niskiego oceniania ludzi i przedmiotów pochodzą z ich uczucia niepewności i mają swój cel w tem, aby ich zabezpieczyć, podniecić i upewnić w siodle.

Między teoryą Freuda a Adlera zachodzi zasadnicza

różnica. Albowiem, gdy Freud uważa płciowe pożądanie (libido) za przyczynę i siłę rozpędową zjawisk nerwiczych, to zdaniem Adlera nerwice opanowuje neurotyczne wytyczenie celu (neurotische Zwecksetzung), które podbija i wtłacza uczucie rozkoszy płciowej, wybór tej rozkoszy i jej siłę, zarówno pociąg płciowy, jak i skłonność do perwersyj w kierunku tego celu. Popęd płciowy w fantazyi i w życiu neurotyka kieruje się w stronę wytyczonego celu i nie jest właściwie popędem, lecz przymusem (Zwang), a symbol jest tylko sposobem wyrażania się neurotyka, jest to tylko »modus dicendi«. Gdy Freud ogranicza się do szukania w symbolach zawartej w nich lub możliwej formuły seksualnej, to Adler idzie dalej i szuka ich związku z dynamicznem przejawianiem się męskiego protestu i dążenia ku górze. Także zapatrywaniom Freuda, jakoby neurotyk pozostawał pod przymusem dziecięcych życzeń, które się ożywiają pod wpływem snów i przy pewnych zdarzeniach w życiu, sprzeciwia się Adler, twierdząc, że już te dziecięce życzenia same przez się pozostają pod przymusem fikcyjnego celu i że już one same są myślami podporządkowanemi. Freudowski »kompleks Oedypa« tłumaczy Adler jako obrazowe wyobrażenie, przebrane w seksualną formę, poczucia siły męskiej i przewagi nad kobietą, wyrażającą się w podbiciu matki. Kompleks ten jest, zdaniem Adlera, symbolem panowania, zdobywania, zwycięstwa.

Co do perwersyj płciowych wszelakiego rodzaju, jak masturbacyi, homoseksualizmu, sadyzmu, masochizmu, fetyszyzmu i innych, to mają one, według szkoły psychologii indywidualnej, następujące wspólne znamiona: 1) Są one wyrazem zwiększonej odległości duchowej między mężczyzną a kobietą. 2) Oznaczają równocześnie mniej lub bardziej głęboko tkwiący bunt przeciw włoczeniu się w prawidłową rolę płciową i uzewnętrzniają planowy lub nieświadomy sztuczny zabieg dla podniesienia obniżonego samopoczucia własnej osoby. 3) Zawierają tendencję poniżenia wartości partnera płciowego oraz rysy nienawiści i walki z nim. 4) Skłonności perwersyjne u mężczyzn są usiłowaniami wyrównawczemi, które neurotyk wprowadził i wypróbował dla zniesienia uczucia własnej mniejszej wartości wobec przecenianej mocy kobiety. Perwersje kobiet są również próbami wyrównawczemi, aby podnieść uczucie niższości kobiecej wobec mężczyzny, odczuwanego jako silniejszego. 5) Perwersja wyrasta zwykle na tle życia duchowego, nacechowanego spotęgowaną nadwrażliwością, przesadną ambicją, uporem oraz egocentrycznością, nieufnością, żądzą władzy przy równoczesnym braku wzajemnej życzliwości i tendencyi do koleżeńskości i współżycia. Masturbację tłumaczy Adler w ten sposób, że uczucie własnej mniejszej wartości lub obawa przed klęską, mieszczące w sobie obawę przed partnerem płciowym, wywołują u ambitnego neurotyka usiłowania odwleczenia rozstrzygnięcia. Również nerwowa impotencja jest wyrazem wywoływania odległości z obawy przed kobietą. Homoseksualizm jest objawem neurotycznym, który podobnie, jak wszystkie inne objawy nerwic, jest urobionym i zaaranżowanym i zostaje po rozlicznych wypróbowaniach jako celowy i potrzebny dołączony do podświadomego planu życiowego pacjenta. Adler nie uważa homoseksualizmu jako takiego za stan wrodzony i zależny od jakichś przyczyn, któreby koniecznie musiały prowadzić do homoseksualizmu. Taksamo zdaniem jego także żadna podstawa fizjologiczno-patologiczna, jak np. budowa niewieścia, zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznem, sztuczny lub wrodzony eunuchoidyzm, nie wiodą osobnika przymusowo do szukania zaspokojenia płciowego u tej samej płci. W takich przypadkach zachodzi według niego tylko fałszywe rozumowanie chorego i błąd logiczny. Według niego tendencja homoseksualna może wyrobić się wcześnie u dzieci egoistycznych z chorobliwą ambicją z powodu obawy przed partnerem i jest ona tylko jedną z nieudałych prób kompenzacyi u osób z wybitnem poczuciem własnej niższości. Homoseksualizm jest rewolucją domniemanego uczucia niższości przeciw wymogom życia towarzyskiego i ma na celu fikcyjny, podmiotowo uzasadniony tryumf własnej wyższości. Źródłem tej rewolucji jest nieprzyjazna i wojownicza pozycja dziecka w obrębie rodziny. Adler sprzeciwia się kwalifikowaniu homoseksualizmu, jako zbrodni, gdyż uważa go za akt wewnętrznej samoobrony osobnika, związanej z fałszywym sposobem myślenia, jako akt popędowy i przymusowy, niekontrolowany, którego chory dotknięty perwersją nie może logicznymi argumentami poprawić i wstrzymać. Owszem, argumentacja odbywa się u nich raczej w kierunku homoseksualizmu, ponieważ perwersja jest u tych osobników pożądanem dla nich ujściem i zabezpieczaniem się przed wrzekomemi uciążliwościami i ograniczeniami prawidłowego życia płciowego. Nadto są oni przekonani, że ich zboczenie i skłonności są wrodzone i nie dają się zmienić, co jest, zdaniem Adlera, także rozpowszechnionym naukowym zabobonem. Homoseksualizm określa Adler ze stanowiska sądowo-lekarskiego jako nerwicę poniewolną (Zwangsneurose), znoszącą odpowiedzialność, a Charlot Strasser, należący do zwolenników Adlerowskiej szkoły stosowanej indywidualnej psychologii, domaga się dla tych chorych państwowego przymusu leczenia. Taksamo exhibicjonizm jest przymusem, podnoszącym samopoczucie i poniżającym kobietę, narzucającym jej gwałtem rolę podległą, który z czasem staje się przyzwyczajeniem lub automatyzmem i który należy do zakładu leczniczego, a nie do więzienia.

Co do znaczenia snów i tłumaczenia ich, to i Adler, równie jak Freud, niemi się posługuje. Atoli dla Adlera sen i marzenia senne stanowią tylko szkicowe odźwierciedlenie psychicznych pozycyj i wskazują lekarzowi, jakie stanowisko zajmuje chory wobec danego problemu, jaka jest postać fikcyjnej linii wytycznej, jakie są indywidualne przygotowania i stany pogotowia u pacjentów. Dalej wskazują one na to, jak pacjent nastawiony jest wobec otoczenia i jakie są jego rysy charakteru i obrazy, które uwydatniają dążenie ku górze. Zwłaszcza z powtarzających się snów o jednakowej treści albo z przypomnień snów dziecięcych można domyśleć się fikcyjnej linii wytycznej, ponieważ zbudowane są na gotowym schemacie z neurotycznym celem końcowym.

W nerwicach poniewolnych (Zwangsneurosen) wykazuje Adler nieświadomy zamiar chorego, aby uwolnić się albo złagodzić sobie towarzysko konieczne wymogi przy pomocy chorobliwego przymusu. W ten sposób stwarza chory wtórne pole walki, aby módz ujść z głównego pola walki, stworzonego przez życie i aby zmarnować czas, który go ciągnie do spełniania indywidualnych zadań. Próbę rozstrzygającą o prawdziwości psychologicznej analizy danego takiego przypadku widać w tem, że chory nietylko nerwicą poniewolną, lecz także innymi środkami stara się usunąć od wymogów życiowych pod różnymi pozorami przy pomocy wykrętów i wymówek oraz z powodu pozornie racjonalnych przyczyn, albo też przynajmniej stara się złagodzić odpowiedzialność i jej ocenę. Leczenie polega na tem wyjaśnianiu sprawy, na usuwaniu błędnych zapatrywań wieku dziecięcego, na otwartem leczeniu ran, związanych z przesadną ambicją, z jego miłością własną i z trwożliwą przesadną tendencją chorego do izolowania się od otoczenia.

Konsekwentne i odpowiednie do swej teoryi stanowisko zajmuje Adler w sprawie nerwic wojennych. Podkreśla on znaczenie metody indywidualno-psychologicznej i psychoterapii wychowawczej, przy której ujawnia się błędność linij zasadniczych neurotycznych charakteru. Jeżeli się unika szablonów, to udaje się wykryć istotną stronę zjawiska, że neurotyk wobec ogólnych wymogów życia instynktownie cofa się do podmiotowego uczucia słabości, jak przez wczucie się w niebezpieczeństwo stara się ubezpieczyć się przed rzeczywistem niebezpieczeństwem. Nerwica przedstawia się tu zatem jako środek do jego uniknięcia. Rokowanie jest tem pomyślniejsze, im więcej jest oznak czynnego współdziałania w przeszłem życiu chorego, takich czynników, jak postępy w szkole, przyjaźnie, przejawy miłości, wczesne małżeństwo, dzieci, czynność zawodowa i t. p. Neurotyk zdradzi się zawsze tendencją przylgnięcia do »ubezpieczającego« małego koła swej rodziny. Objaw i utrwalenie objawu stoją pod władzą ubezpieczającego celu przyszłości.

Co się tyczy innych kategoryj nerwic urazowych, to właśnie ich pojmowanie po myśli Adlera pokrywa się zupełnie z ogólnie uznawaną przez lekarzy sądowych nerwicą rentową. W tej chorobie pożądanie renty uwydatnia się bardzo jasno ze swoją wytyczoną celową tendencją, ku której zbiegają się wszystkie objawy chorobowe. Według teorji Adlera warunki dla specyalnej możliwości powstania choroby są już dane u poszczególnych osobników. Leczenie nerwic, zwłaszcza wojennych, jest wtedy skuteczne, jeżeli lekarz znajdzie kompromisowe rozwiązanie między względnie fałszywem indywidualnem nastawieniem fikcyj chorego do fikcji ogółu.

Jak zatem widać z powyższego przedstawienia, ocenia Adler przejawy duszy, jako zespół, skierowany w kierunku celowym, a mianowicie przewyższenia otoczenia. »Wiele takich spostrzeżeń« — powiada on — »zwiastowali wybitni myśliciele, niejedno każdy z nas odczuwa, a przeważna część jest osłonięta tajemniczą ciemnością i staje się wyrazistą tylko w obłąkaniu albo podczas ekstazy. Neurotykowi na każdej cząstce drogi towarzyszy tęsknota za przewagą, myśl, że jest podobnym do Boga, wiara we własną szczególną wartość i czarodziejską właściwość. Stan ten zachodzi bez względu na to, czy neurotyk chce być artystą, pierwszym w swoim zawodzie, czy tyranem domowym, czy prowadzi rozmowę ze swoim Bogiem, czy poniża innych, czy uważa

swoje cierpienie za największe, przed którem wszyscy winni się ugiąć, czy też goni za nieosiągalnymi ideałami lub łamie stare bóstwa i niszczy stare granice i normy. W miłości chce równocześnie odczuwać swoją przewagę nad drugą stroną, przy dobrowolnym wyborze zawodu przebija się upatrzony cel w przesadnych oczekiwaniach i obawach, a nawet popełnia samobójstwo z uczuciem zwycięstwa nad wszystkiemi przeszkodami. Albowiem neurotyk jest zdolny postawić swoje życie na kartę dla bardzo krótkotrwałej, często tylko pozornej i wątpliwej przewagi tak, że popęd samozachowawczy ustępuje miejsca popędowi do władzy. Aby opanować jakiś przedmiot, jakąś osobę, może iść prostą drogą z dumą, odwagą, żądzą władzy, uporem i okrucieństwem; albo też woli na podstawie doświadczenia wybrać drogi okrężne i dojść do zwycięstwa przy pomocy posłuszeństwa, poddania się, łagodności i skromności. Atoli te cechy są niestałe i są tylko dopasowane do indywidualnego planu życiowego. (Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania

Księga pamiątkowa, wydana w dwudziestą piątą rocznicę istnienia Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jana Kazimierza przez członków Wydziału lekarskiego pod redakcją prof. Dr Witolda Nowickiego. Lwów 1920, nakładem Wydziału lekarskiego. Stron 291, z tablicami i rycinami w tekście.

Ćwierćwiekowy swój jubileusz upamiętnił Wydział lekarski lwowski wydaniem księgi pamiątkowej, budzącej podziw dla autorów, którzy w czasie wielomiesięcznych bohaterskich walk orężnych, gdy w oblężonym i bombardowanym Lwowie brakło nieraz wszystkiego: pożywienia, wody, opału, światła, mieli dość hartu ducha i wytrwałości, by równocześnie nieść pomoc lekarską walczącym i prowadzić badania naukowe. Ale podziwiać też należy widniejące z wydawnictwa przywiązanie i profesorów i uczniów do swej kresowej »Alma Mater«, i szlachetną ambicję wysunięcia jej na czoło wszechnic polskich, i ofiarność, by dokonać niezmiernie dziś kosztownego wydawnictwa (które, jak przypuszczamy, wymagało wydatku około 100.000 mp.), i wielką staranność i pracowitość redakcji książki, dzięki czemu szata jej zewnętrzna nie ustępuje naszym najpiękniejszym wydawnictwom przedwojennym. Umiano nietylko zdobyć dla książki doskonały papier, nietylko ozdobić okładkę książki — pamiątką czasów, kiedy powstawała, a mianowicie wizerunkami wszystkich odznak wojskowych z czasu obrony Lwowa w r. 1918/19 (ze zbioru prof. Czyżewicza), ale też portretami zmarłych sześciu profesorów zwyczajnych, oraz w kraju wykonanemi, w części barwnemi 6 tablicami ilustracji histologicznych i licznemi rycinami w tekście.

Książka rozpada się na dwie części: pierwsza jest historyczną i zawiera trzy publikacje pierwszorzędnej wartości, bo stanowiące źródłowy materyał do dziejów Wydziału lekarskiego lwowskiego. Prof. Bednarski podaje »Rzut oka na pierwsze ćwierćwiecze istnienia Wydziału lekarskiego lwowskiego«, bogato go uzupełniając cyframi i nazwiskami, a bardzo trafnie po resztę faktów odsyłając do publikacji dawniejszych, gdzie już były ogłoszone. Następują niezmiernie ciekawe i żywo napisane osobiste wspomnienia prof. Becka: »Z pierwszych czasów istnienia Wydziału lekarskiego«, a wreszcie obraz ostatniego roku, który Wydział lekarski lwowski opromienił niemniejszą aureolą, niż orężnych jego obrońców, p. t. »Zarys działalności profesorów, docentów, doktorów i uczniów Wydziału lekarskiego we Lwowie w czasie walk lwowskich«, nakreślony przez dwóch wybitnych młodych uczestników, L. Szulisławskiego i F. Kmietowicza. W drugiej, pięćkroć obszerniejszej części książki, mieści się 26 prac naukowych, których tu niepodobna omawiać, a o których treści i wartości mówią same tytuły i nazwiska autorów: 1) Popielski: Histamina i wyciągi z narządów. 2) Franke: Ostre zapalenie nerek, jako powikłanie duru powrotnego. 3) Bikeles i Zbyszewski: Wpływ drażnienia mózgu za pomocą prądów zmiennych na ośrodki hamujące czynność serca i ośrodki naczyniowe oraz na oddychanie. 4) Orzechowski: O niedowładzie mięśni międzykostnych. 5) Sochański: O procesach dyssymilacyjnych w ustroju zdrowym i chorym. 6) Zalewski: Przypadek bliznowatego zwężenia przewodu usznego. 7) Reis: O rogówce olbrzymiej. 8) Rothfeld: O wpływie płatu czołowego na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha. 9) Szusterówna: Skaza krwotoczna jako powikłanie w grypie. 10) Meisels: O idiopatycznem rozszerzeniu przełyku przy skurczu tężcowym wpustu. 11) Węgrzynowski: Dalsze badania nad powstawaniem i wydzielaniem kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym. 12) Wiczyński: O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim. 13) Moraczewski: Zachowanie się ciałek białych w przebiegu gorączki. 14) Nowicki: Przyczynek do histologji zmian skórnych w przebiegu gnilca. 15) Cieszyński: Zarys żuchwy w szczególności jej kąta w rentgenogramach. 16) Gröer: Sposoby i cele farmakodynamicznego badania skóry.

Wydanie księgi pamiątkowej jest w dzisiejszych czasach, gdy ogłoszenie drukiem prac naukowych natrafia na niepokonane nieraz trudności, szczególną zasługą. Ciechanowski.

Prof. Dr Alfred Sokołowski: **Propedeutyka lekarska.** Warszawa 1920. (Wydawnictwo M. Arcta), str. 271.

Nowe dzieło znakomitego autora powstało z wykładów, wygłoszonych w Uniwersytecie warszawskim w latach 1918/19 i 1919/20, ma też wszystkie właściwości książek, w ten sposób powstałych. Przemawiają one do czytelnika silniej, niż inne, bo odzwierciedla się w nich zawsze wpływ żywego słowa; natomiast ujemną stroną bywa niekiedy mechaniczny nieco podział materyału, porozcinanego na poszczególne wykłady. Konstrukcją dzieła prof. Sokołowskiego zbliża się do konstrukcji innych podręczników propedeutyki lekarskiej. Po wstępie ogólnym rozpatruje autor warunki i przymioty, jakie powinien posiadać słuchacz medycyny, aby odpowiedział kiedyś zadaniom swym, jako lekarz; następnie przechodzi kolejno wszystkie gałęzie nauk lekarskich, określając ich zakres i znaczenie, przyczem w każdej gałęzi podaje najgłówniejsze dane z historji medycyny, zwłaszcza polskiej i krótkie wiadomości o życiu i działalności najznakomitszych polskich przedstawicieli każdej z gałęzi medycyny. (W drugiem wydaniu należałoby usunąć pewne usterki co do dat i t. p., które się tu wkradły). Końcowe wykłady poświęcił autor deontologji lekarskiej, zagadnieniom społeczno-lekarskim i zadaniom lekarza na polu higieny społecznej. Cała książka owiana jest duchem wysoce obywatelskim, a na każdej karcie znać szczerą miłość dla kształcącej się młodzieży, zwłaszcza tej, której autor swą książkę dedykuje, a która w r. 1918 »wezwana przez Matkę-Ojczyznę, rzuciła wszystko i pobiegła na Jej obronę«.

Ciechanowski.

Dr Tadeusz Jaroszyński: **Metody badań psychologicznych w szkole.** Warszawa 1920. Nakładem Ministerstwa zdrowia publicznego.

Autor przystępuje do zadania na podstawie gruntownej znajomości literatury psychologiczno-pedagogicznej, obcej i naszej. Na wstępie podaje trafne wskazówki o technice badania psychiki dziecka, oparte na ogólnych zasadach eksperymentu psychologicznego, i krótki, jasny przegląd zasadniczych pojęć psychologii. W rozpatrywaniu metod badania przyznaje dużą wartość skali metrycznej inteligencji Bineta, podkreśla jednak potrzebę śledzenia systematycznego poszczególnych czynności psychicznych dla zorjentowania się w całokształcie duszy ucznia. Pośród opisu wyczerpująco i przejrzyście zestawionych metod badania wplata autor umiejętnie krytyczne uwagi o złożoności przejawów psyche i wzajemnem uzależnieniu duchowych czynności, o względnej wartości wniosków, opartych na badaniu poszczególnych funkcji umysłu. Zdaje mi się, że to krytyczne stanowisko autora, który w swoich uwagach trzyma się ściśle granic psychologii eksperymentalnej, zasługuje na szczególne podkreślenie w tym wypadku. Podręcznik, który ma znaleść szerokie zastosowanie w kołach wychowawców naszej młodzieży, nie daje doktryny i szablonu lecz bogaty program badania, pobudzający do samodzielnych studyów. Dr Marcin Zielinski.

J. Wagner-Jauregg: **O suggestji, hypnozie i telepatji.** Przełożył Dr Michał Kozłowski. Kraków 1920. Str. 19.

Wykład wiedeńskiego profesora psychiatrji nie przynosi wprawdzie nic nowego na zakreślony nagłówkiem temat, lecz ujmuje jasno, zwięźle i zrozumiale dla każdego znaczenie suggestji, hypnozy i telepatji w odniesieniu ich do zbrodni. O ile suggestja i hypnoza przedstawiają znane i naukowo przyznane i zbadane zjawiska, o tyle telepatja, t. j. przenoszenie myśli przez jednego człowieka na drugiego bez pośrednictwa narządów zmysłowych jest conajmniej jeszcze zagadką, jeżeli nie »cudownością«, poczętą w wyobraźni. Dlatego telepatja nie posiada dotąd żadnego znaczenia praktycznego. Udowodnienie jej rzeczywistego istnienia otworzyłoby nowe rozległe horyzonty dla badań psychologicznych i psychopatologicznych. — Poprawny przekład M. Kozłowskiego zaleca zajmujący treścią wykład uwadze każdego. Wachholz.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgja.

Konjetzny: **T. zw. »linitis plastica« żołądka.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31). Nazwa tej rzadkiej choroby pochodzi od greckiego »λίνον« (rete ex lino factum). Pod wzgl. anatomopatologicznym chodzi o częściowe lub rozlane bliznowacenie (marskość) żołądka z mniej lub więcej silnem zgrubieniem jego ściany. Sprawa ta dotyczy głównie błony podśluzowej i podsurowiczej przy równoczesnym przeroście błony mięsnej. Z początku pod mikroskopem widać tkankę ziarninową z wielką ilością fibroblastów, w późniejszym okresie zamienia się ta tkanka na tkankę sklerotyczną. Etyologia nieznana: Jedni sądzą, że przyczyną jest zastój żylny, inni, że sprawy zapalne ostre, inni uważają za przyczynę tej sprawy kiłę. Autor wyraża na podstawie jednego przypadku przypuszczenie, że sprawa zwana »linitis plastica« pozostaje w przyczynowym związku z t. zw. włóknistym rakiem żołądka, być może jako łagodne zejście tej postaci raka. Dr Michejda.

Hart: **Uwagi nad powstawaniem trawiennego wrzodu żołądka i dwunastnicy.** (Mitteil. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31, 1919). Na podstawie szczegółowego rozbioru materjału sekcyjnego, w którym uderza częsta równoczesność schorzeń ośrodkowego układu nerwowego i wrzodów trawiennych, dochodzi autor do wniosku, że wpływami nerwowymi wywołane zmiany naczynioruchowe tworzą główny warunek powstawania wrzodów trawiennych; zarówno te wpływy nerwowe, jak i różne warunki potęgujące ich działanie, dla powstawania wrzodów mniej lub więcej konieczne, są zmienne, zależnie od wieku osobnika. U ludzi młodych warunki te są raczej konstytucjonalne, u starszych we wzrastającej mierze kondycjonalne. Do drugich zalicza autor tego rodzaju zmiany, jak sprawy zastojowe, miażdżycę tętnic, nieprawidłowe ułożenie trzew, nadmierną kwaśność żołądka, zrosty otrzewne, cierpienia dróg żółciowych i in. Dr Michejda.

Hart: **Badania i uwagi o wrzodzie dwunastnicy.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31). Obszerny wywód, oparty na materyale sekcyjnym, obejmującym 2081 sekcyj, wykonanych w przeciągu czterech lat, streszczony przez autora w następujących zdaniach: Wrzód trawienny dwunastnicy (w. d.) zdarza się mniej więcej taksamo często, jak wrzód żołądka. U mężczyzn nie występuje częściej, niż u kobiet. U mężczyzn w. d. spostrzega się mniej więcej taksamo często, jak w. żołądka, u kobiet w. żołądka jest częstszy; jednak i u kobiet nie występują trawienne zmiany żołądka o wiele częściej, niż u mężczyzn — w przeciwieństwie do dotychczasowych zapatrywań. W. d. wystąpić może od trzeciego dziesięciolecia w każdym wieku, jest w poszczególnych okresach wieku równie częsty, jak wrzód żołądka i jest najczęstszy, podobnie jak w. żołądka, w wieku późniejszym (wbrew dotychczasowym poglądom). W każdym wieku mogą się wytworzyć świeże wrzody dwunastnicy. W. d. goją się często z pozostawieniem blizny; pod tym względem rokowanie nie jest gorsze, niż przy wrzodzie żołądka. Przy bliznowaceniu powstają często charakterystyczne kieszonki wskutek pofałdowania błony śluzowej lub całej ściany; z nich powoli wytwarzać się mogą typowe uchyłki. Czasem spotyka się obraz dwunastnicy klepsydrowatej. Nawet wyraźne blizny nie wywołują znaczniejszego zwężenia dwunastnicy. Wogóle ciężkie zwężenie dwunastnicy wskutek blizn jest zjawiskiem rzadkiem. Przeważna część wrz. dw. sadowi się na ścianie tylnej dw. tuż przy odźwierniku. Tu też jest najczęstsze miejsce blizn. Wrzody tu usadowione są często powodem krwotoków, jednakże śmiertelne krwotoki wskutek nadżarcia większej tętnicy nie są częstsze, niż przy wrzodzie żołądka. Rzadziej znacznie występują wrzody na przedniej ścianie dwunastnicy. Te przebijają do wolnej jamy otrzewnej, jednakże nie częściej, niż wrz. żołądka, w stosunku zaś do częstości wrz. dwunastnicy następstwo to jest rzadkie. Rokowanie wrz. dw. jest na ogół nie lepsze i nie gorsze, niż wrz. żołądka. Wrz. dw. wiedzie często do skurczu odźwiernika (spasmus pylori), sprawiając temsamem jego czynnościowe zwężenie. Przejście wrz. dw. w raka jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Podobieństwo wrz. dw. z wrzodem żołądka jest pod każdym względem tak duże, że pozwala przypuszczać, iż i etyologja tych dwóch spraw jest podobna. Dr Michejda.

Haberer: **Operacyjne leczenie wrzodu dwunastnicy.** (Med. Klin. 1920, 11). Na podstawie materjału obejmującego 205 przypadków operowanych (105 resekcji, 55 wykluczeń odźwiernika i 45 gastroenterostomij) wyraża autor zdanie, że najlepsze wyniki zarówno bezpośrednie jak i stałe daje resekcja chorej części przewodu pokarmowego (nie wycięcie wrzodu!), mimo nieco większej śmiertelności pooperacyjnej (5%, przy 4% śmiertelności po wykluczeniu odźwiernika i 2% po gastroenterostomji). Jako metodę resekcji poleca H. pierwszą metodę Billrotha. Dr Michejda.

Hanser: **Zgorzel kończyny po urazie, doznanym przed 29 laty.** (Mitt. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir. T. 31, 3). Opis przypadku, w którym kawałek lufy od strzelby wszedł do uda, poczem nastąpiło pozorne wgojenie. Przez 27 lat chory nie miał żadnych dolegliwości. Zaczęły się one dopiero w 28. r. życia, z chwilą, gdy ciało obce zaczęło wędrować wzgl. się przesuwać. Doprowadziło to do przebicia ściany tętnicy podkolanowej, wytworzenia tętniaka rzekomego i zakrzepu w świetle tętnicy z następową zgorzelą kończyny. Uderzający jest związek przyczynowy między urazem a zgorzelą pomimo tak długiego czasu, jaki od urazu do wystąpienia zgorzeli minął, dalej fakt, że chory nic nie wiedział o obecności dużego ciała obcego w dole podkolanowym. Dr Michejda.

Stoffel: **Istota rwy kulszowej i nowe drogi operacyjnego leczenia tego cierpienia.** (Zschr. f. orth. Chir. T. 34, 1914). Nerwu kulszowego nie można brać jako całości, zawiera on bowiem mnóstwo ruchowych i czuciowych dróg nerwowych. Nie można też dlatego mówić o »ischias«, ale o neuralgji w zakresie pewnego lub szeregu nerwów czuciowych, będących częścią składową nerwu kulszowego; w zakresie bowiem n. ruchowych nie spotyka się neuralgji. Podziału tego przestrzega się powszechnie tam, gdzie, jak n. p. na twarzy, gałązki ruchowe idą oddzielnie od gałązek czuciowych (n. twarzowy i trójdzielny). Każda z wiązek czuciowych n. kulszowego może uledz schorzeniu, a to: 1) n. skórny zewnętrzny łydki, 2) n. skórny łydki wewnętrzny; 3) czuciowe zakończenie n. strzałkowego powierzchownego; 4) nn. skórne grzbietowe środkowy i pośredni (medius et intermedius); 5) części czuciowe n. strzałkowego głębokiego. Zależnie od tego, który z wymienionych nerwów będzie chory, otrzymamy różne obrazy kliniczne, bóle będą różnie się sadowić i t. d. Pod względem leczniczym, a szczególnie operacyjnym, odróżnienie takie ma duże znaczenie. Należałoby dużo spodziewać się po wycięciu schorzałej gałązki. Uwagi te ilustruje autor historją chorego, który cierpiał na nerwobóle w zakresie nerwów skórnych łydki i który po wycięciu ich wyzdrowiał. Dr Michejda.

Kisch i Grätz: **O działaniu promieni słonecznych na przetoki gruźlicze.** (Arch. f. kl. Chir. 104). Przetoki gruźlicze nadają się bardzo do leczenia promieniami słonecznymi, zwłaszcza jeżeli chodzi o przetoki części miękkich lub o sprawy już nieczynne. Nawet przy uporczywych przetokach przy tem leczeniu rychło następuje widoczny skutek, tworzy się żywe ziarnkowanie, wydzielina zmienia się na surowiczą, obrzęk i bóle znikają. K.

Hoffman i Kochmann: **Badania nad kombinacją środków znieczulających miejscowo z siarkanem potasu.** (Beitr. z. klin. Chir. 9. I. III). Z badań autorów najważniejsze są następujące szczegóły: Środki miejscowo znieczulające co do siły działania tworzą następujący szereg, poczynając od najsilniejszych: akoina, kokaina, tropakokaina, stowaina, β eukaina, nowokaina, alypina. Przy kombinacji tych środków z siarkanem potasu potęguje się działanie; kokainy i nowokokainy, znacznie mniej przy tropakokainie i β eukainie, sumuje się przy akoinie, a zmniejsza przy alypinie i stowainie. Najbardziej trującą jest kokaina, potem holokaina, alypina, akoina, tropakokaina, stowaina, β eukaina, w końcu nowokaina. Przy kombinacji z siarkanem potasu zmniejsza się toksyczność stowainy, a zwiększa się wybitnie toksyczność nowokainy. K.

Rosenstein: **O leczeniu postępującego zapalenia zakrzepowego żyły udowej.** (Berl. Tow. chir. VI). Za radą Mullera podwiązuje się obecnie żyły w razie zakrzepu zapalnego, by ocalić ustrój od zakażenia ogólnego. R. nie wahał się podwiązywać także żyłę udową, a nawet żyłę biodrową zewnętrzną i wspólną i donosi o trzech wyleczeniach. Zwykle udaje się dobrze wyczuć granicę skrzepu: powyżej zakłada się podwiązkę, a cały skrzep poniżej podwiązki wydobywa się. Obawy zgorzeli kończyny niema, bo i tak w czasie zapalenia żyły wytworzyło się już krążenie oboczne. Usunięcie skrzepu jest w leczeniu szczegółem pierwszorzędnej wagi. K.

Tiegel: **O leczeniu ropowic ręki.** (Beitr. z. klin. Chir. 91. III). Przy leczeniu ropowic ręki odrzuca Tiegel zupełnie tamponadę gazą, która według T. wywołuje poważne uszkodzenia tkanek, zwłaszcza ścięgien. Tamponadę zupełnie zastępują odpowiednie rozszerzadła. Za wadę w leczeniu uważa T. długie ustalanie ręki, zwłaszcza po dotkniętej ropowicą stronie dłoniowej i zaleca szynę grzbietową z lekkiem zgięciem palców. K.

Ritschl: **Ważne zasady dla mechanicznego leczenia podskórnych uszkodzeń narządu ruchowego.** (M. m. W. 19). Przy podskórnych zranieniach zapominamy niestety często o tem, że chodzi tu o takiesame uszkodzenia, jak przy uszkodzeniach otwartych, że w głębi tworzą się potem takiesame blizny i nieraz one właśnie są przyczyną dalszych poważnych przypadłości. Statystyki dowodzą, jak często dalsze rokowanie po zwichnięciach źle leczonych lub nie leczonych jest smutne. Obecnie też cierpienia narządu ruchowego leczymy staranniej także i ze stanowiska t. zw. funkcjonalnego, t. j. odrazu baczymy na to, by przedewszystkiem czynność danej części ciała pozostała nadal dobrą, co jest ważniejsze, niż t. zw. zgojenie anatomiczne, na które dawniej kładziono główny nacisk. Jakże n. p. często lekceważą lekarze skręcenia stawów, zapominając o zniszczeniach, jakie takie skręcenie w stawach wywołuje. Lekceważy się też stłuczenia, krwiaki i t. d., mimo że takie krwiaki, nie leczone, wywołują w następstwie zrosty i wskutek nich wielkie, nieraz nieuleczalne przypadłości. Zwykle samo uszkodzenie stawu nie wywołuje jako takie odrazu przypadłości; wywołują je właśnie dopiero następstwa, a więc przedewszystkiem krwotok, rozsadzający tkanki. Trzeba więc odrazu postępować energicznie zapobiegawczo, a nie dopiero wtedy zabrać się do leczenia, gdy już dozwoliliśmy sprawie przybrać obrót niekorzystny. Wylewy krwawe ulegają wprawdzie z czasem wessaniu, ale odbywa się to wolno; przez miesienie, kąpiele i t. p. możemy to wessanie znacznie przyspieszyć i zapobiedz nieraz różnym powikłaniom. Dlatego też dzisiaj po zwichnięciach i skręceniach zalecają przystąpić już po 48 godzinach do miesienia, gdy krwotok ustanie, a taksamo postępujemy nieraz i przy złamaniach. Miesienie jednak, zwłaszcza początkowe, powinien wykonywać lekarz, a nie osoba, znająca tylko technikę miesienia. Celem zapobiegania wielkim krwotokom po urazie najlepiej stosować na uszkodzoną część ciała zimno i ucisk. Gdy krwi nazbierało się dużo, nie trzeba zwlekać z aspiracją. Przy leczeniu złamań również nieraz popełnia się błędy, unieruchomiając za długo. Wielkim postępem nazwać też można leczenie złamań wyciągiem (a zwłaszcza przyrządami do chodzenia) i miesieniem. Gipsu w postaci unieruchomiających okrężnych opatrunków należy unikać, o ile tylko się da. Pamiętać należy, że niektóre mięśnie rychło przy złamaniu ulegają zanikowi, n. p. czworogłowy uda, naramienny i t. p. Tutaj więc wczesne miesienie jest konieczne. Przy leczeniu wszystkich uszkodzeń narządu ruchowego, przedewszystkiem i zawsze powinniśmy mieć na oku czynność kończyny i unikać należy wszelkich sposobów leczenia, które, acz może pozornie lepsze co do wyleczenia anatomicznego, nie zapewniają jednak sprawnej czynności po wyleczeniu. K.

Choroby zakaźne.

Otto i Rothhacker: **O szczepieniu ochronnem przeciw durowi plamistemu.** (D. m. W. 1919, 3). Przedsiębrano szczepienia surowicą krwi chorych na dur plamisty, branej albo na szczycie choroby (8—9. dnia), albo w okresie ozdrowienia. Wstrzykiwano podskórnie po 2—3 cm surowicy, trzy razy w odstępach 4—7 dni. Oprócz miejscowego lekkiego obrzęku, bolu głowy i lekkiego podniesienia ciepłoty, nie było innego odczynu. Przeprowadzono wstrzykiwania ochronne u 750 ludzi, przeważnie takich, którzy się stykali z chorymi na dur w szpitalu zakaźnym w Wilnie. Z tych szczepionych zachorowało 25% na dur plamisty, gdy z nieszczepionego personalu, również szpitalnego, zapadło na dur 29%. Z tego wynika, że szczepienie ochronne wcale nie zabezpiecza przed zakażeniem. Natomiast okazało się, że śmiertelność u szczepionych, którzy ulegli zakażeniu, wynosiła 14%, gdy u nieszczepionych chorych było aż 44%, z czego się okazuje, że szczepienie ochronne, w sposób wyżej wskazany stosowane, obniża znacznie śmiertelność w durze osutkowym. J.

Rickmann: **Grypa, a gruźlica płuc.** (D. m. W. 1919, 2). W sanatorjum dla gruźliczych w St. Blasien na 173 chorych zachorowało 40 na grypę, a z 90 osób personalu niegruźliczego zapadło również 40. Z tego wynika, że skłonność do grypy u osób gruźliczych nie jest większą, niż u niegruźliczych. Następnie zauważono, że szerzenie się sprawy gruźliczej w płucach u lekko i średnio chorych gruźliczych, tak podczas trwania grypy, jak i po jej przebyciu, jest małe. Natomiast dla chorych z rozległemi zmianami gruźliczemi w płucach jest grypa niebezpieczną chorobą z powodu osłabienia serca. Z trzech bowiem przypadków ciężkiej gruźlicy płuc ze złem rokowaniem zakończyły się wszystkie wskutek grypy śmiertelnie. J.

Wolff-Eisner: **Leczenie grypy wziewaniami adrenaliny.** (Münch. m. W. 1919, 1). W ciężkich przypadkach grypy z gorączką 40°—41° tak bez objawów płucnych, jak i z objawami płucnymi, stosował autor 4—6 razy dziennie wziewania rozczynu adrenaliny, używając do tego preparatu »glycirenan«, przyrządem Drägera. Autor zauważył, że chorzy, u których od początku choroby stosowano te wziewania, nie dostawali powikłań ze strony płuc, a u tych, którzy przychodzili do szpitala z płatowem zapaleniem płuc lub ogniskami zapalnemi rozsianemi, ogniska te się nie rozszerzały i chorzy zdrowieli. Autor wyraża zdanie, że adrenalina wziewana, zwężając naczynia płucne, przeciwdziała wytwarzaniu i rozszerzaniu się ognisk zapalnych i opadowych. J.

Kühn: **Krzemionka a gruźlica.** (W. kl. W. 1919, 32). Autor przypuszcza, że obok wapna w gruźlicy płuc dobrze działa kwas krzemowy, uodporniając tkanki przeciw drobnoustrojom. W tym celu przepisuje gruźliczym chorym ziółka z roślin, zawierających krzemionkę, do trwałego kilkuletniego używania mianowicie: Hba equiseti minoris 75 gm, Hba polygoni 150 gm, Hba galeopsidis 50 gm, Mf. species. Ds $1^1/_2$ łyżki na 2 szklanki wody, gotować aż do pozostałości 1 szklanki. Takich szklanek dziennie trzy użyć. J.

Radwansky: **Solarson we wczesnym okresie gruźlicy płuc.** (D. m. W. 1919, 3). W początkowym okresie gruźlicy płuc, jakoteż w surowiczem zapaleniu opłucnej, w którem zachodzi obawa rozwoju gruźlicy płucnej podczas ozdrowienia, wstrzykiwał autor z dobrym wynikiem po 1·2 gm solarsonu. Chorzy otrzymywali w przeciągu 8—10 tygodni trzy serje po 12 wstrzykiwaa solarsonu. Tak leczeni tracili gorączkę, nabierali apetytu i stawali się znowu zdolni do pracy. J.

Méry, Salin i Girard: **O gruźliczem schorzeniu gruczołów wnękowych.** (Bull. Soc. des Hôp. 1919, 9—10). Na podstawie szczegółowej obserwacji 9 przypadków zwracają autorowie uwagę na konieczność starannego badania fizycznego przednich części klatki piersiowej głównie okolic przymostkowych, zwłaszcza po prawej stronie na wysokości 2. i 3. żebra. Stłumienie odgłosu w tej okolicy zmienia się w lekkie przytłumienie w miarę poprawy stanu chorobowego. Badaniem na zwłokach wykazali autorowie, że okolica wnęki płucnej odpowiada chrząstce 3. żebra, a zatem drugiemu i trzeciemu międzyżebrzu. Osłuchując, stwierdza się albo zaostrzenie wydechu albo odgłos oskrzelowy mowy (bronchophonia). Objawów uciskowych i krążenia obocznego nie stwierdzono w żadnym przypadku. Gorączka bywała najstalszym objawem i utrzymywała się przez szereg miesięcy. Rozpoznawczo wchodziły w rachubę przy różniczkowaniu zapalenie opłucnej, gruźlica płuc i bąblowce.

Dr Blassberg (Kraków).

Galambos: **Dieta chorych na dur.** (Ther. d. Gegenw. 1916, 3). Na zasadzie 400 przypadków zaleca G. stosować w durze dietę nieco posilniejszą zamiast podawanej dotąd wyłącznie płynnej, najczęściej mlecznej. Oprócz mleka, kakao, białej kawy, yoghurtu, grysiku na mleku (0·2 L. mleka + 100 gm grysiku 2 razy dnia), galaretki, podaje G. mięso skrobane lub w potrawce (80 gm), szynkę (80 gm), keksy (do 200 gm), bułkę (120 gm). W lekkich przypadkach, oraz zawsze w 4—6 dni po ustaniu gorączki podaje G. już mięso siekane, lekkie potrawy mączne, purée ziemniaczane. Tylko przy przeciągającej się gorączce stosuje G. na 2—3 dni djetę ścisłą, płynną. r.

Meyer: **W sprawie dietetyki czerwonki.** (Dts. m. W.

1916, 12). Dieta, zasadzająca się głównie na podawaniu kleików, używana powszechnie, wygłodza ustrój, a przytem zawiera za mało białka i tłuszczu i raczej wzmaga, niż osłabia, nieprawidłowe procesy fermentacyjne w jelitach. Dlatego zaleca M. gorąco zwrócić się w czerwonce do djety, dostarczającej ustrojowi więcej białka, przyczem potrawy powinny być utarte (purée) lub drobno posiekane i doskonale zżute. Według spostrzeżeń M. daje taka dieta doskonałe wyniki, podnieca łaknienie i znacznie skraca okres zdrowienia. r.

Schiff: **Leczenie czerwonki lawatywami formalinowemi.** (W. kl. W. 1919, 4). Autor stosował z dobrym wynikiem u 50 chorych na czerwonkę przedpołudniem i popołudniu w lawatywie po 300 cm^3 jednoprocentowej formaliny (t. j. jeden cm^3 40% formaliny na 100 wody). Lawatywy stosowano zapomocą wysoko wsuniętego drenu u chorego leżącego, codziennie dopóty, aż nietylko znikły stolce krwawe i śluzowe, lecz aż pojawiły się już stolce prawidłowe. Stolce krwawe znikały po 4—5 dniach stosowania lawatyw, w lżejszych przypadkach jeszcze wcześniej, a prawidłowe stolce pojawiły się już w 9. dniu stosowania lawatyw. Pierwsze lawatywy sprawiają chorym lekkie bole, dalsze zaś nie sprawiają żadnych dolegliwości. Trzy ciężkie przypadki czerwonki u dzieci zakończyły się śmiercią. J.

Dorendorf i Kolle: **Kliniczne i bakterjologiczne spostrzeżenia w sprawie czerwonki w czasie letniej kampanji w Galicji i Królestwie polskiem.** (D*t*s. m. Woch. 1916, 19). Badając nader liczne przypadki czerwonki w lecie r. 1915 w Galicji i Królestwie, nie zauważyli autorowie żadnych różnic od typowego obrazu klinicznego i anatomopatologicznego czerwonki takiej, jaką wywołują prątki Shiga-Krusego, Flexnera i tym podobne. Jednakże badania bakterjologiczne wykryły te prątki tylko w bardzo niewielu przypadkach: 6 razy prątki Shiga-Krusego, 2 razy Flexnera, raz typu Y. We wszystkich innych nie znaleziono ani tych typowych gatunków, ani żadnej z ich odmian; napewno też można było wyłączyć obecność pełzaków dysenterycznych. Leczenie surowicą, zarówno antytoksyczną, jak i wielowartościową, było bezskuteczne. Wogóle zatem, zdaniem Kollego, etjologję czerwonki »galicyjsko-polskiej« należy uznać za niewyjaśnioną; być może, że przyczyną jej nie są ani bakterje, ani pełzaki, lecz jakieś inne mikroby. r.

Thaller E. v. Draga: **Doświadczalne podniecenie zimnicy utajonej.** — Brauer: **O uruchomieniu pasorzytów zimnicy we krwi.** (Wiener kl. W. 1917, 4). W niektórych przypadkach nie można dotychczasowymi środkami rozpoznać zimnicy. Dotyczy to w szczególności t. zw. zimnicy utajonej, w której krew nie zawiera pasorzytów, a gamety spoczywają gdzieś w ukryciu w narządach wewnętrznych. W takich przypadkach można wywołać zjawienie się pasorzytów we krwi zapomocą wstrzyknięcia 5 cm^3 jałowego mleka śródmięśniowo (Draga), albo też zapomocą wstrzyknięcia prawidłowej surowicy końskiej (Brauer). Zabieg taki ma wartość rozpoznawczą, może również nadawać się do stwierdzenia, czy wyzdrowienie już nastąpiło, co ma znowu wagę szczególnie wtedy, jeśli ozdrowieńcy po zimnicy przenoszą się do okolic, wolnych od zimnicy, ale obfitujących w widlisze (anopheles). Dalsze badanie okażą, czy takie uruchomienie pasorzytów zimniczych w ustroju może być wyzyskane także w celach leczniczych (przez wstrzyknięcie dożylne chininy po uruchomieniu). C.

Henschelman: **O uruchomieniu nieczynnej zimnicy i o nowym środku leczniczym.** (W. kl. W. 1919, 24). Autor podawał u chorych zimniczych z trwałem powiększeniem śledziony i wątroby po 0·1 gm benzolu trzy lub więcej razy dziennie, przez co wywoływał tak u chorych niegorączkujących, jak i u chorych nieregularnie gorączkujących typowe napady zimnicy. W takich ukrytych przypadkach zimnicy stosował autor z trwałym skutkiem równocześnie benzol w powyższych dawkach i chininę. Autor przypuszcza, że ukryte w ciałkach czerwonych gamety, podrażnione benzolem, produkują schizonty, które przez równoczesne podawanie chininy można zniszczyć. J.

Choroby skórne i weneryczne.

Goldberger: **Nasze doświadczenia z salwarsanem ze srebrem.** (Med. Klin. 1919, 39). Autor stosował nowy preparat, przesłany przez Kollego, u 60 chorych (266 wstrzykiwań), w dawkach 0·2—0·4. Dwa pierwsze wstrzykiwania dożylne stosował w odstępach 8-dniowych, następne wstrzykiwanie po trzech tygodniach (0·3), a w czwartym tygodniu ostatnie (0·4). Przeważnie równocześnie stosował i rtęć. Preparat salwarsanowy w połączeniu ze srebrem rozpuszczał w 10 cm^3 wody przekroplonej. Przy wstrzykiwaniu okazywały się pewne techniczne trudności, gdyż z powodu ciemnej barwy rozczynu nie można było zauważyć aspirowanej do strzykawki krwi. Z objawów ubocznych zauważył G. tylko podniesienie ciepłoty (w jednym przypadku do 40°). Objawów naczynionerwowych (Pinkusa) i naczynioruchowych (Galewsky, Sellei), jakoteż następowych n. p. wczesnej lub późnej żółtaczki — również nie zauważył. Przytaczając przypadek Rieckego, w którym chory umarł w 17 dni po siódmem wstrzyknięciu salwarsanu ze srebrem, przestrzega G., aby wykluczyć z leczenia wszystkie te przypadki, w których po pierwszem lub drugiem wstrzykiwaniu występują podejrzane objawy, jak podniesienie ciepłoty lub objawy naczynioruchowe. Wyniki lecznicze były bardzo dobre. Krętki blade znikały bardzo szybko, zmiany kiłowe wsysały się rychło. Preparat ten stoi wyżej od stałego salwarsanu ze względu ma małe własności trujące, jak również od neosalwarsanu ze względu na swe silniejsze działanie. Doc. Dr F. Walter.

Riecke: **Leczenie wiewióra podniesieniem ciepłoty.** (Arch. f. Derm. T. 76. Z. 2). W fizycznem lecznictwie wiewióra oddawna już stosowano leczenie ciepłem i w tym celu podano cały szereg przyrządów dla osiągnięcia w cewce moczowej wyższej ciepłoty miejscowej. Weiss przez ogólne podniesienie ciepłoty ustroju gorącemi kąpielami o ciepłocie dochodzącej do 42° C. starał się otrzymać wyleczenie wiewióra. Ciepłota tak wysoka wystarcza do zabicia dwoinek wiewiórowych w krótkim czasie. Riecke zastosował ten sposób leczenia w 32 przypadkach wiewióra, w których zastosował 140 gorących kąpieli co drugi dzień. Do leczenia wybierał ludzi poza wiewiórem bezwzględnie zdrowych, gdyż ten sposób leczenia był bardzo uciążliwy i wyczerpujący dla leczonych. Następowych objawów szkodliwych dla ustroju nie zauważył R. nigdy, ale objawy, towarzyszące w czasie trwania kąpieli, były bardzo przykre, tak że chorzy niechętnie poddawali się dalszym zabiegom. Uczucie osłabienia, bóle głowy, nudności, krótki oddech, a nawet zapad, zmuszały do wcześniejszego przerwania kąpieli. W czasie trwania kąpieli konieczny jest ścisły nadzór lekarski. Na 140 kąpieli stosowanych, w jednym tylko przypadku uzyskano ciepłotę ustroju, dochodzącą do 42° C., w 34 przypadkach tylko do 41°, w 75 do 40°. Wyniki leczenia były niekorzystne. Wyleczenia wiewióra nie osiągnięto ani razu, mimo że stosowano po 6—8 kąpieli, również czas leczenia następowego nie uległ skróceniu, a nawet w pewnych przypadkach dała się zauważyć skłonność do przewlekłego przebiegu wiewióra. Doc. Dr F. Walter.

R. Thim: **W sprawie barwienia dwoinek Neissera.** (Derm. Woch. 1920, 5). Autor podaje następującą metodę barwienia dwoinek wiewiórowych: Ropę badaną rozetrzeć na szkiełku podstawowem w bardzo cienkiej warstewce, wysuszyć na powietrzu i utrwalić w płomieniu gazowym lub spirytusowym. Barwić na zimno, nie podgrzewając, 10—15 sekund (lepiej krócej niż dłużej) w mieszaninie jednej części karbolowego fioletu goryczkowego z dwoma częściami rozczynu alkalicznego błękitu metylenowego Löfflera. Opłukać, osuszyć i preparat gotowy. Obrazy mają być bardzo przejrzyste i kontrastowe. Jądra ciałek ropnych i dwoinki wiewiórowe barwią się ciemnoniebiesko, protoplazma blado lub różowofiołkowo. Jądra nabłonków ciemnofioletowe, protoplazma nabłonków jasnofioletowa; ziarnistość jądrowa ciemnoniebieska, nitki śluzu fioletowe. Ciemnoniebieskie dwoinki wiewiórowe i niebieskie ciałka ropne występują bardzo wyraźnie na tle jasnofioletowem, nawet przy położeniu wśródkomórkowem. Inne bakterje barwią się również ciemnoniebiesko. Dr Tadeusz Pawlas.

J. Schaumann: **Dodatni odczyn Wassermanna w 2 przypadkach tuberkulidów.** (Ann. de derm. Wrzesień 1918). Autor, nawiązując do pracy Ravauta, który opisał cały szereg tuberkulidów, dających nietylko odczyn Wassermanna dodatni, ale i korzystne wyniki lecznicze po stosowaniu nov-arsenobenzolu, podaje dwa własne spostrzeżenia tuberkulidów z odczynem Wassermanna dodatnim. Były to: 1) toczeń rumieniowaty »fixe« i tuberkulidy guzkowo-zgorzelinowe u służącej 38-letniej i 2) tuberkulidy u mężczyzny 30-letniego. W obu przypadkach rozpoznanie zmian skórnych nie ulegało żadnej wątpliwości. Potwierdzały je: w przypadku pierwszym reprodukcje podobnych zmian w miejscu wstrzyknięcia tuberkuliny wśródskórnie metodą Mantoux, w przypadku drugim pryszczykowe zapalenie spojówki, zajęcie lewego szczytu i odczyn tuberkulinowy dodatni. Odczyn Wassermanna dał nawet przy użyciu 1/5 ilości surowicy zupełne zahamowanie hemolizy. Natomiast bardzo drobiazgowe badanie w kierunku kiły wrodzonej, czy też nabytej, dało wynik ujemny. Odczyn luetynowy (metodą Noguchiego) ujemny. Autor twierdzi, że O. W. dodatni stwierdzano już u osobników z tuberkulidami

tak często, że nie należy się wahać z wyłączeniem ich ze związku z kiłą. Ciekawym jest fakt, że odczyn ten spotykamy w tuberkulidach, a nie w schorzeniach skóry typowo gruźliczych (n. p. lupus vulgaris). Autor twierdzi, że wyświetlenie tego zagadnienia rzuci nieco światła na sprawę, jakie różnice patogeniczne istnieją między tuberkulidami, a typową gruźlicą skóry i przypuszcza, że prawdopodobnie główną rolę gra tu stan uodpornienia ustroju. W praktyce ma odczyn W. dodatni przy tuberkulidach bardzo duże znaczenie, wiemy bowiem, że wprowadzenie rtęci do ustroju gruźliczego może pogorszyć zmiany w narządach wewnętrznych. Dr Tadeusz Pawlas.

R. Weichbrodt i F. Jahnel: **Wpływ wysokiej ciepłoty na krętki blade i objawy chorobowe kiły u zwierząt.** (Deut. m. Woch. 1919, 18). Znaną jest rzeczą, że dłużej trwające gorączki (n. p. wskutek róży, duru) wpływają korzystnie na porażenie postępujące. Autorzy, przypuszczając, że gra tu rolę działanie niszczące wysokiej ciepłoty na krętki blade, wykonywali następujące doświadczenia na królikach, u których doświadczalnie wywołano kiłowe owrzodzenie pierwotne jądra. Króliki zamykano na $^1/_2$ godziny do cieplarki o ciepłocie 40° C. Ciepłota (mierzona w odbytnicy) królików dochodziła wówczas 42—44, a nawet 45° C. i spadała po wyjęciu ich z cieplarki w przeciągu kilku minut do poziomu prawidłowego. Eksperyment ten powtarzano przez szereg dni codziennie 1—2 razy, podnosząc ciepłotę termostatu jeszcze nieco wyżej. Wpływ był następujący. W dwa dni po zastosowaniu dostatecznie wysokiej ciepłoty krętki przestawały się poruszeć, zmniejszała się ich ilość, wreszcie ginęły. Równocześnie rozpoczynało się wessanie stwardnienia kiłowego, co trwało około 3—5 tygodni. Przy niedostatecznych dawkach ciepła znikają wprawdzie krętki i stwardnienie staje się miększe, ale po paru dniach pojawiają się krętki na nowo, a owrzodzenie twardnieje i powiększa się. To samo spotyka się przy ogrzewaniu silniejszem (do 45° C.), ale jednorazowem. Najlepsze i zupełnie pewnie wiodące do wygaśnięcia sprawy kiłowej są ogrzewania, często się powtarzające, dochodzące najwyżej do 43° C. Dr Tadeusz Pawlas.

Gellis i Winter: **O leczeniu powikłań wiewiórowych wstrzykiwaniami mleka.** (Arch. Derm. u. Syph. T. CXXVI, 1, 1918). Autorowie zastosowali metodę śródmiąższowego wstrzykiwania wyjałowionego mleka (Müller i Weiss) w przypadkach powikłań wiewiórowych (60 przypadków zapaleń najądrza, 3 zapalenia stawów, 1 ropień okołocewkowy, 3 zapalenia naczyń chłonnych i 4 przypadki niewiewiórowego zapalenia najądrza). Jako pierwszą dawkę wstrzykiwali w mięśnie pośladków 4—5 cm^3 mleka, wygotowanego w kolbie Erlenmayera. Następne wstrzykiwania powtarzali w odstępach 5-dniowych. Po pierwszem wstrzykiwaniu występowało w 5—6 godzin podniesienie się ciepłoty, ustępujące zwykle na drugi dzień. Objawów ogólnych niepokojących nie zauważyli nigdy, a objawy miejscowe były rozmaite, nieraz nawet bardzo silne. W czasie wykonywania tych zabiegów zauważyli, że powolne wprowadzanie mleka wywoływało mniejszy odczyn. Aseptyki przestrzegali ściśle, to też na 500 wstrzykiwań nie mieli ani jednego powiklania. Odczyn miejscowy w zmianie chorobowej występował bardzo szybko, na drugi dzień po wstrzyknięciu już zmniejszały się bole, obrzęk n. p. najądrza i worka mosznowego ustępował nieraz bardzo widocznie. W 11 przypadkach sprawa chorobowa ustąpiła po jednem wstrzyknięciu, w 21 po 2, w 10 po 3, w 8 po 4, a pięć wstrzykiwań zastosowano w trzech przypadkach. Czas leczenia wynosił od 3 —15 dni. Zapalenie najądrza ustępowało zwykle po 3 wstrzyknięciach. Doskonałe wyniki otrzymywali G. i W. przy zajęciu wiewiórowem stawów. Również na samą pierwotną sprawę chorobową (wiewiór cewki) wpływ miał być bardzo dodatni. W 31 przypadkach miało nawet wystąpić zupełne wyleczenie i to w sposób »podziwu godny«. W niektórych przypadkach, gdzie poprzednio stosowano leczenie szczepionkami bez wyniku, wstrzykiwania mleka odniosły pożądany skutek. Doc. Dr Walter.

W. Schönfeld: **Badania doświadczalne nad nieobecnością jadowitych prątków gruźliczych we krwi chorych na gruźlicę skory, po zastosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych.** (Arch. f. Derm. u. Syph. T. CXXVI. II. 1919). Schönfeld starał się rozstrzygnąć pytanie, czy w przypadkach gruźlicy skóry mogą znajdować się prątki gruźlicze we krwi i czy przy szczepieniach tuberkuliną w celach rozpoznawczych nie następuje uruchomienie prątków gruźliczych i obecność ich we krwi. Przeprowadził swe doświadczenia na 14 przypadkach tocznia, liszaja zołzowego, gruźlicy skóry i t. d. i w jednym tylko przypadku znalazł laseczniki, barwiące się sposobem Ziehla i Mucha, a postacią swą przypominające bardzo typowe prątki gruźlicze. Krew wziętą w tych przypadkach z żyły łokciowej (po poprzedniem zastosowaniu u tych chorych tuberkuliny) szczepił świnkom morskim. Na podstawie swych doświadczeń dochodzi Schönfeld do następujących wniosków: a) Prątki gruźlicze znajdują się bardzo rzadko w obiegu krwi chorego na gruźlicę skóry. Przechodzenie prątków gruźliczych do obiegu krwi jest bardzo ograniczone, o wiele rzadsze niż w przypadkach gruźlicy narządów wewnętrznych. b) Uruchomienie prątków gruźliczych przez tuberkulinę stosowaną w dawkach rozpoznawczych (albo przez wlewanie dożylne sinku złotawopotasowego) doświadczalnie nie zostało wykazane. Doc. Dr Walter

Medycyna teoretyczna.

Frank: **Zwyrodnienie skrobiowate jako wyraz pierwotnego lub wtórnego zakażenia prątkami otoczkowemi** (grupy Fiedländera). (Münch. m. W. 1916, 13). Wobec zmienności i niepewności wyników, jakie rozmaici badacze miewali przy próbach doświadczalnego wywołania skrobiawicy u zwierząt, nasuwa się przypuszczenie, że przyczyną zwyrodnienia skrobiowatego nie jest żaden z tych czynników, które w tych doświadczeniach stosowano; wobec tego podjął F. próby z prątkiem otoczkowym z grupy prątków Friedländera, wyhodowanym z jednego przypadku skrobiawicy u 60-letniego mężczyzny. Okazało się, że hodowle tego prątka wywoływały skrobiawicę u białych myszy we wszystkich bez wyjątku doświadczeniach, podjętych przez F. Na tej zasadzie szukał już potem F. tego prątka w dalszych przypadkach skrobiawicy u ludzi i znalazłszy go istotnie w 4 jeszcze takich przypadkach w treści jam gruźliczych (raz w ropie przy zapaleniu szpiku) przypisuje wyłącznie jemu znaczenie etyologiczne w zwyrodnieniu skrobiowatem. r.

Doc. Schleissner: **W sprawie etjologji płonicy.** (Jahrb. f. Kinderh. 82). Zapomocą wdmuchiwania paciorkowców, wyhodowanych z przypadków płonicy, do nosa i gęby, powiodło się S. u 12 na 27 małp wywołać zakażenie, przebiegające z gorączką, zapaleniem gardła i osutką na skórze, po której w 10—12 dni następowało łuszczenie się naskórka płatami. Te same zmiany powiodło się wywołać, pędzlując gardło małp zdrowych wydzieliną z gardła małp zakażonych. Próby wywołania ponownego zakażenia u małp, które raz je przebyły, nie powiodły się, powstawała więc odporność. Z tego wszystkiego wnosi S., że przyczyną płonicy są, wbrew wszystkim podnoszonym wątpliwościom, przecież paciorkowce. r.

A. Riff: **Przyczynek do etjologji zapalenia wyrostka robaczkowego.** (Presse méd. 1919, 52). Wychodząc z założenia Letullea i Aschoffa, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego sprawa patologiczna ma punkt wyjścia w jego świetle (»entérogène« a nie »hématogène«) i że zakażenie znajduje swe wrota w nadżerkach błony śluzowej, poszukuje R. czynnika pośredniego, który otwiera te wrota i wskazuje za Stillem i Miecznikowem na pasorzyty zwierzęce, tak częste i liczne w przewodzie pokarmowym. Zdrowa śluzówka bowiem bakteryi nie przepuszcza, a teoryę Aschoffa, wzmożenia jadowitości drobnoustrojów przez zatrzymanie się treści w wyrostku, uważa R. za niewytrzymującą zarzutów. Pomijając takie pasorzyty, jak glisty, tasiemce, węgorki i t. d., które, jeżeli odgrywają jakąś rolę, to w każdym razie małą, zajmuje się R. obszernie glistnicą robaczkową. Wykazywał ją często w samych wyrostkach. W 152 przypadkach zapalenia wyrostka było 13% wolnych wogóle od pasorzytów; z pozostałych w 48% wykrył glistnicę. W drugiej seryi badał R. 63 wyrostków dzieci poniżej lat 15 i otrzymał jeszcze wyższe cyfry, bo 80% zawierało glistnicę. Glistnice, wywołując ubytki w śluzówce, stwarzają warunki dla działania bakteryi. Tłómaczy to, dlaczego zapalenie wyrostka dotyczy biednych i bogatych, dlaczego najczęstsze jest między 5—20. rokiem życia, dlaczego tak rzadkie u dzieci karmionych i dlaczego jest chorobą do pewnego stopnia zaraźliwą. Wnioski praktyczne: W przypadkach rozpoznawczo wątpliwych wykazanie glistnicy przemawia, zdaniem R., za zapaleniem wyrostka, a wynalezienie pewnego środka przeciw glistnicy powinno obniżyć liczbę schorzeń wyrostka. Dr Glatzel.

Higjena społeczna.

Kutschera: **Przyczyny zmniejszenia się śmiertelności z gruźlicy.** (Wiener klin. Wochenschr. 1917, 3). Poglądy, wypowiedziane przez Kutscherę, protomedyka Tyrolu, na Zjeździe przeciwgruźliczym w Wiedniu (17. XII. 1916), odbiegają w wielu względach od poglądów dotychczasowych. Wprawdzie wychodzi Kutschera z uznanej powszechnie zasady, że skuteczne zwalczanie gruźlicy polega na zmniejszeniu sposobności do zakażenia i na wzmożeniu odporności ustroju (przez podniesienie dobrobytu ludności i zdrowia jednostek), jednakże twierdzi, że w pewnych warunkach może uprzemysłowienie kraju zmniejszyć częstość gruźlicy, że śmiertelność z gruźlicy waha się równolegle z liczbą urodzin i że sposobność do zakażenia się gruźlicą zmniejsza się nie tyle wskutek zarządzeń sanitarno-higienicznych, ile wskutek pojawiania się pewnych epidemii (zwłaszcza grypy). Uprzemysłowienie wywołuje przesiedlanie się ludności wiejskiej do miast i znacznie zrazu wśród niej większą śmiertelność z gruźlicy; jestto jednakże, zdaniem Kutschery, rodzaj doboru naturalnego, przez który w pokoleniu następnem poprawia się (?) konstytucya ustrojów, wzmacnia odporność i zmniejsza śmiertelność z gruźlicy (?). Spadek liczby urodzin wywołuje według Kutschery zmniejszenie się bezwzględnej liczby śmiertelności dzieci z gruźlicy, co może także wpłynąć na zmniejszenie się odsetka tej śmiertelności (?), ponieważ śmiertelność z gruźlicy wśród dzieci jest największa w pierwszym roku życia. Przypuszcza też Kutschera, że za zmniejszeniem się liczby urodzin idzie poprawa dobrobytu, a za tem znów poprawa konstytucyi i zwiększenie odporności ustrojów. Co do wpływu epidemii, to zdaniem Kucery, n. p. grypa w r, 1890, zdziesiątkowawszy przedewszystkiem suchotników, zmniejszyła przez to znacznie sposobność do zakażania się reszty ludności. Napływowi suchotników do stacyi klimatycznych i zdrojowisk przypisuje Kutschera znaczny wpływ na wzmożenie się śmiertelności wśród ludności miejscowej, jeżeli suchotnicy nie są umieszczani w zamkniętych sanatoryach. Praktyczne wskazówki, które podaje Kutschera dla zwalczania gruźlicy, nie różnią się jednak, mimo tych jego zapatrywań, od dotychczasowych reguł postępowania; należy więc wszystkimi środkami starać się o poprawę zdrowia ludności, o jej wzmocnienie i o zmniejszenie sposobności do zakażania się. Chcieć zwalczać gruźlicę przez obniżenie liczby urodzin byłoby ciężkim błędem; natomiast należy rodzinom o licznem potomstwie szczególnie przychodzić z pomocą, aby poprawić konstytucję i odporność tego potomstwa. C.

Ćwierćwiekowy jubileusz Wydziału lekarskiego lwowskiego i Zjazd w sprawie organizacji nauki lekarskiej w Polsce.

Poważny obchód jubileuszowy ćwierćwiecza Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza rozpoczął się 23. V. 1920 po nabożeństwie w katedrze uroczystą »Akademią« w pięknej nowej auli uniwersytetu (sali posiedzeń b. Sejmu galicyjskiego) w obecności wszystkich dostojników, mających siedzibę we Lwowie, delegatów Wszechnic krakowskiej, wileńskiej i warszawskiej, Towarzystwa naukowego warszawskiego, Towarzystw lekarskich z Krakowa, Warszawy i Lublina, przedstawiciela Ministerstwa wojny, całego grona profesorów Wszechnicy lwowskiej w togach, prawie wszystkich lekarzy lwowskich, tłumów młodzieży uniwersyteckiej i publiczności. Wspaniałe przemówienia wygłosili rektor Uniwersytetu prof. A. Halban i dziekan Wydziału lekarskiego prof. W. Sieradzki, poczem prof. W. Szumowski miał wykład p. t. »Z przeszłości lekarskiej Lwowa«. Przemówienia delegatów nastąpiły dopiero na południowem zebraniu towarzyskiem w hotelu Georgea; przemawiali tam b. profesor Wydziału lek. lw., wiceminister spraw zagr. Dąbrowski, imieniem Ministerstwa wojny ppułk. prof. Żebrowski, od Wszechnicy krakowskiej prof. Ciechanowski, od wileńskiej prof. Ziemacki, od Towarzystwa naukowego warszawskiego prof. Kryński i i. Popołudniu został w Zakładzie anatomicznym odsłonięty pomnik prof. H. Kadyjego, organizatora i pierwszego profesora Wydziału, przyczem przemawiał jego uczeń i następca prof. Markowski i rektor Halban. Wieczorem odbyła się wieczornica żołniersko-studencka w lokalu kursu medyków wojskowych, jednocząca w niezmiernie miłym nastroju słuchaczy z profesorami (już nie poraz pierwszy w tym roku), a uświetniona tym razem oprócz innych produkcji muzycznych i literackich grą znakomitej pianistki p. Ottawowej i śpiewem najświetniejszej z pieśniarek polskich p. Szymanowskiej.

Zjazd w sprawie organizacji nauki lekarskiej rozpoczął się 23. V. popołudniu. Zagaił go prof. Machek. Przewodniczącymi wybrano prof. Gluzińskiego z Warszawy, Rosnera z Krakowa, Ziemackiego z Wilna. Ponieważ szef sekcji prof. Wrzosek w ostatniej chwili nie mógł przybyć, jak był zapowiedział, przeto prof. Sieradzki w jego zastępstwie streścił program studjów lekarskich w Polsce, przygotowany przez Ministerstwo oświecenia, poczem szczegóły programu oświetlił prof. Beck. W dyskusji przemawiali prof. Rosner, Ciechanowski, Ziemacki, Zalewski, Papée, Ostrowski. Drugi referat przedstawił prof. Ciechanowski z Krakowa: »O piśmiennictwie lekarskiem polskiem«. Wywody referenta zyskały poparcie zebrania i wywołały mimo spóźnionej pory bardzo żywą dyskusję w tej niezmiernie ważnej dziś sprawie. Wybrana komisja (Dr Szumlański i prof. Parnas z Warszawy, prof. Nowicki i Bednarski ze Lwowa, oraz referent) przedstawiła nazajutrz zgodne z wywodami referenta następujące wnioski, które Zjazd jednomyślnie uchwalił:

»Pożądana jest na razie unifikacja czasopism dawniejszych a obecnie wychodzących dla ogółu lekarzy-praktyków. W obecnych warunkach szkodliwe jest tworzenie nowych i wskrzeszanie nie wychodzących obecnie czasopism dla ogółu lekarzy, czy poszczególnych grup zawodowych (wojskowych, szkolnych, rządowych). Niepożądane jest wznawianie zawieszonych drobniejszych czasopism o typie archiwalnym. Natomiast konieczne jest utworzenie jednego czasopisma tego typu. Rzeczą palącą jest wydawnictwo podręczników oryginalnych czy tłumaczonych za pomocą wydatnych subwencji rządowych. Należy w tym duchu wystosować do władz memorjał, zredagowany przez komisję (tęsamą). — Konieczną jest cenzura ogłaszanych publikacyj pod względem treści i formy przez czynniki redakcyjne. Dla wyrobienia młodych sił piśmienniczych należy tworzyć przy Wydziałach lekarskich ocenę prac rękopiśmiennych i subsydja na druk prac, uznanych przez Wydział za wartościowe«.

W drugim dniu Zjazdu wygłosił prof. Gluziński z Warszawy referat »O specjalnych studjach lekarskich«, prof. Rosner z Krakowa referat świetny formą, a nadzwyczajnie zajmujący i doskonale skonstruowany p. t. »Kobieta jako lekarz«. Dyskusja nad obu referatami była bardzo interesująca. Ale najdłuższą dyskusję wywołał referat »Lekarz wojskowy«, opracowany przez prof. Henryka Halbana, który bronił stanowiska, iż lekarz woj-

skowy powinien być przedewszystkiem dobrym lekarzem, i wytykając błędy w organizacji korpusu lekarskiego różnych armii, wskazywał, jak tych błędów w Polsce możemy uniknąć, strzegąc się przedewszystkiem nadmiernego »militaryzowania« lekarzy. Stanowisko prof. Halbana podzieliła olbrzymia większość mówców w dyskusji. Zjazd zakończył się wykładem Dr Szenajcha z Warszawy p. t. »Udział lekarzy w pracy społecznej«. Inne referaty odpadły z powodu braku czasu (m. i. tak ważne, jak »o przygotowaniu przyszłych docentów« i »o wzorowych urządzeniach zakładów«).

Uczestnicy jubileuszu i Zjazdu opuszczali Lwów ze wspomnieniem chwil nadzwyczaj miłych i obrad istotnie pożytecznych.
C.

Wiadomości bieżące.

Komitet lekarski francusko-polski w Warszawie ogłasza w sprawie prenumeraty czasopism francuskich, wydawanych przez p. E. Masson, po cenie zniżonej (1 marka polska = 1 frankowi), że zniżona cena dotyczy wyłącznie czasopism, wydawanych przez tego nakładcę, a nie dotyczy żadnych innych czasopism, ani książek. (Co do książek innych nakładów toczą się nieukończone dotąd pertraktacje). Czasopisma nakładu p. Masson zamawiać można wyłącznie przez »Komitet francusko-polski warszawski (Warszawa, Widok 23, w Stowarzyszeniu lekarzy polskich)«, z Małopolski, również za pośrednictwem Komitetu krakowskiego (sekr. Dr K. Morawski, klinika ginekologiczna). Przy zamówieniu należy z góry przesłać przedpłatę z dodatkiem 10% na koszta administracyjne. Prenumeratorzy otrzymają pisma od początku r. 1920. Ceny czasopism lekarskich są następujące (poprzednio ogłoszony spis i ceny są nieważne):

Annales de Dermatologie	40	fr.
» de l'Institut Pasteur	36	»
» de médecine	40	»
» médico-psychologiques	35	»
L'Anthropologie T. XXX	40	»
Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition	28	»
» de médecine des enfants	30	»
» d'Ophtalmologie	40	»
Bulletin de l'Académie de Médecine	30	»
» de la Société anatomique	17	»
» de la Société de Chirurgie	40	»
» de la Société de Dermatologie	25	»
» de la Société medicale des Hôpitaux	40	»
» de la Société de Pathologie	32	»
» de la Société de Radiologie	32	»
Comptes rendus de la Soc. de Biologie	45	»
Gynécologie et obstétrique	50	»
Journal de Chirurgie	65	»
» de Physiol. et de Path. gén.	55	»
» de radiologie et electrologie	46	»
» d'urologie	45	»
Lyon chirurgical *)	35	»
La Nature	50	»
La Presse médicale	40	»
Revue d'Hygiène et de Police sanitaire	36	»
Revue neurologique	55	»
Revue d'Orthopédie	30	»
Revue de Stomatologie	30	»
Revue de la Tuberculose	35	»

*) Chirurgom polskim ofiaruje to pismo redaktor prof. Leriche bezpłatnie, o ile się zgłoszą pod adresem: Directeur de service de santé de la Mission militaire française en Pologne. Varsovie. Secteur postal 311.

Sprawy sanitarne w Sejmie. Czytamy w dziennikach: Komisja zdrowia publicznego przyjęła 1. VI. sprawozdanie ministra Dr Chodźki i komisarza Dr Rejchmana o pertraktacjach, prowadzonych przez ministra Dr Chodźkę w Londynie i Rzymie z ramienia rządu o pomoc Ligi narodów w zwalczaniu chorób epidemicznych. Co do wykonania uchwał londyńskich i rzymskich, oraz co do programu rządu w tej sprawie, odroczono decyzję do czasu otrzymania dokładnych danych od komisarza londyńskiego. Sprawa ordynacji lekarskiej uległa chwilowo dalszemu odwleczeniu z powodu wyjazdu referenta Dr Bobrowskiego. Co do pomocy, jakiej Liga narodów ma Polsce udzielić w walce z tyfusem plamistym, to (według informacji, udzielonych Redakcji »Czasu« przez prof. Rostworowskiego) uchwaliła Liga narodów na zasadzie sprawozdania międzynarodowej Konferencji sanitarnej, uznając Polskę za przedmurze przeciw epidemji, 1) przyznać Polsce 2 miliony funtów szterlingów zasiłku, zebranych jako podatek z państw sprzymierzonych i zaprzyjaźnionych, 2) mianować naczelnym komisarzem, kierownikiem walki z tyfusem, p. Kenyon Vaughan-Morgana, (Lloyd's Bank, Londyn), a komisarzem lekarskim Dr Normana White, 3) upoważnić komisję ekspertów do mianowania wspólnie z naczelnym komisarzem — komitetu wykonawczego. (Jednym z członków tego komitetu mianowano Dr Rejchmana).

Akademja lekarska ma być, jak słychać, wkrótce utworzona z siedzibą w Warszawie na wzór paryskiej »Académie de médécine«, jako instytucja niezależna od Akademji Umiejętności. Grono organizacyjne ma podobno składać się z tych członków Akademji Umiejętności, którzy są doktorami medycyny, oraz z kilku osób, zaproszonych przez Ministerstwo oświaty.

Organizacja studjów lekarskich w Polsce. Ministerstwo wyznań i oświecenia publicznego wyda w najbliższym czasie przepisy, regulujące jednolicie studya lekarskie w Polsce.

Z Uniwersytetów. Budowa nowego gmachu kliniki położniczej w Krakowie, która miała się zacząć już przed wojną, zaczęła się nareszcie (po pokonaniu bardzo wielkich trudności, o których rodzaju nie chcemy tu nawet wspominać) w czerwcu b. r. — Nowy gmach kliniki chorób skórnych i wenerycznych we Lwowie oddany został do użytku kliniki. — Profesorem neurologji w Uniwersytecie warszawskim został mianowany Prof. Dr K. Orzechowski ze Lwowa, profesorem ginekologji i położnictwa doc. Dr Adam Czyżewicz ze Lwowa, profesorem pedjatrji Dr Mieczysław Michałowicz z Warszawy, a profesorem zwyczajnym anatomji topograficznej i chirurgji operacyjnej w Wilnie prof. Dr Józef Ziemacki z Petersburga. — Dziekanem Wydziału lekarskiego w Warszawie został wybrany prof. Dr Antoni Gluziński.

Towarzystwo lekarzy b. Galicji odbyło Walne Zgromadzenie — pierwsze po 6-letniej przerwie — we Lwowie 23. V. 1920. Zgromadzenie uchwaliło zmianę statutu, przystosowaną do zmiany stosunków politycznych, zatwierdziło sprawozdanie Rady zawiadowczej (ogłoszone w Nr. 5 »Lwowskiego Tygodnika lek.«) i wybrało nową Radę zawiadowczą, powołując na prezesa Dr Z. Lachowicza. Ustępującego prezesa prof. Dr Emanuela Macheka wybrało Zgromadzenie w uznaniu jego wieloletniej pracy i wielkich dla Towarzystwa zasług — członkiem honorowym.

Z lubelskiego Towarzystwa lekarskiego. W d. 20. VI. odbędzie się poświęcenie tablicy pamiątkowej, ufundowanej z inicjatywy Lubelskiego Towarzystwa lekarskiego przez społeczeństwo w celu trwałego uczczenia zasług ś. p. Dr Ignacego Baranowskiego, znakomitego lekarza i profesora, gorącego patrjoty i wybitnego działacza na niwie pracy społecznej. Tablica umieszczona będzie w Rynku na domu Nr 17, w którym się ś. p. prof. Baranowski urodził.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa kol. Dr Surzyckiemu, kol. Dr Weinsbergowi i panu Jednorakowi z Krakowa serdeczne podziękowanie za czasopisma i książki ofiarowane bibliotece. Dr Blassberg, bibliotekarz.

Związek lekarzy Państwa polskiego tworzy koła prowincjonalne. Jedno z pierwszych kół powstało w Łucku.

Do ogółu lekarzy wydało Ministerstwo zdrowia publ. okólnik (Nr VIII. 11530/183) z wezwaniem, by chorych kierowali przedewszystkiem do polskich specjalistów i zdrojowisk. Ministerstwo stwierdziło bowiem, że w ostatnich zwłaszcza czasach wielu lekarzy z Grodna, Łowicza, Łodzi, Warszawy i Krakowa (!) wystawia świadectwa, stwierdzające konieczność wyjazdu zagranicę dla operacji w Berlinie (!) lub leczenia się w zdrojach pruskich. (Ciekawa rzecz, ilu też wśród tych chorych jest młodych mężczyzn).

Dla wdów i sierot po lekarzach wojskowych. Przy Departamencie sanitarnym Ministerstwa spraw wojskowych powstało Towarzystwo, mające na celu udzielanie zapomóg wdowom i sierotom po lekarzach wojsk polskich. Podania o wsparcie wdowy i sieroty, pozostające w ciężkich warunkach materjalnych, wnosić powinny do Zarządu głównego Towarzystwa w Warszawie, Departament sanitarny Ministerjum wojny (Nowolipki Nr 3). W podaniach kandydatki do zapomóg powinny powołać się przynajmniej na dwóch poważnych obywateli kraju, dobrze poinformowanych o stosunkach rodzinnych wdowy.

Położenie lekarzy w Warszawie jest według »Gazety lekarskiej« (Nr 23/24) bardzo złe. W artykule »W sprawie oceny pracy lekarskiej« oblicza E. O., że »wzięty« lekarz w Warszawie, pracując 12 godzin na dobę, nie zarabia nawet tyle, aby sobie

i rodzinie sprawić odzież i obuwie, nie mówiąc o zakupnie książek fachowych, narzędzi i t. d. Znamienna jest także następupująca skala płac personalu szpitalnego:

lekarz naczelny	2155	marek
ordynator	940	»
asystent	643	»
palacz i stróż po	2175	»
posługacz (ka)	2050	»
dezynfektor	2450	»

Zjazd psychiatrów polskich zwołuje Wydział psychiatryczny Ministerstwa zdrowia publicznego na wrzesień r. b.

Trudności wydawnictw lekarskich zagranicą są do naszych coraz podobniejsze. I tak jeden z dwu największych nakładców lekarskich niemieckich, J. F. Lehmann w Monachium, wydał do czytelników wydawanych przez siebie czasopism okólnik, że z powodu podrożenia papieru i druku o 300%, a potem o 1000%, zmuszony jest wśród roku podnieść przedpłatę... i t. d.

Choroby zakaźne. Kraków od 11. IV. do 29. V. 1920: na dur plamisty zachorowało osób 462, † (zmarło) 81, brzuszny 19 † 4, powrotny 16, ospa 1 † 1, czerwonka 6 † 2, płonica 36 † 2, błonica 12 † 2, zapalenie opon 3 † 2, śpiączka (encephalitis lethargica) † 2, grypa † 7. — Łódź od 2. V. do 29. V. 1920: dur plamisty 84 † 10, brzuszny 37 † 3, powrotny 11, czerwonka 2 † 1, płonica 63 † 13, błonica 13 † 2, zapalenie opon 15 † 3, gruźlica † 139.

Ministerstwo zdrowia przypomina (L. 12929/2367 W. I.) lekarzom praktycznym o obowiązku zgłaszania każdego przypadku włośnicy.

Zmarli: Dr Stanisław Rybicki, członek honorowy Towarzystwa lek. warsz., uczestnik walk z r. 1863, w Warszawie w 77 r. ż., Dr Adam Drozdowski, ordynator szpitala miejskiego, prezes Towarzystwa lek. w Kaliszu, Dr Samuel Aronsohn w 63 r. ż. w Krakowie; Dr Władysław Cholewiński, bardzo zasłużony pracownik społeczny zwłaszcza oświatowy i karany za to przez rząd rosyjski więzieniem, honorowy obywatel m. Rypina, w 68 r. ż. w Rypinie; Dr F. Konopacki w 54 r. ż. w Warszawie; Dr A. Płoszko, założyciel »Domu polskiego« w Baku, w Warszawie.

Prof. Dr Emerich Maixner, znakomity klinicysta czeski, wieloletni redaktor »Casopisu lékarův českych«, członek honorowy wielu Towarzystw lekarskich, także polskich, w Pradze.

Z duru plamistego: Dr Tadeusz Majewski, pułkownik-lekarz W. P., szef sanitarny D. O. G. Lublin, w 57 r. ż., Dr Stanisław Gürsching, kapitan-lek. W. P., w 48 r. ż. we Lwowie, Dr Herman Mojmir, wielce zasłużony w rozwoju harcerstwa, w 44 r. ż. w Krakowie, Dr Marjan Ziembiński w 40 r. ż. w Wieliczce.

Nadesłano Redakcji: K. W. Majewski: 1) Quelques procédés simplifiés d'orbitoplastie et de fornicoplastie. 2) Boleslas Wicherkiewicz (Revue géner. d'ophtalmologie 1920). — Popielski: 1) Wasserstoffionen u. die sekretorische Thätigkeit der Bauchspeicheldrüse. 2) $\beta =$ imidazolyläthylamin u. die Organextrakte. (Pflügers Archiv. 1919. 1920). 3) Organoterapia w świetle faktów (Nowe Czas. aptek. 1919). 4) Alkohol a szkoła (Czasop. pedagog. 1920). — A. Nawratil: O użyciu wyskoku drzewnego i spirytusu denaturowanego w przemyśle i o szkodliwem ich działaniu na zdrowie robotników. (Czasop. techn. 1920). 2) O ochronie robotników zatrudnionych przy wyrobie wyskoku drzewnego. (Ibid. 1919).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich:

Gazeta lekarska 1919 Nr 17—22: Puławski: Ś. p. Wł. Gajkiewicz. — Goldflam: Z semiotyki odruchów brzusznych. — Chełmoński: Kilka uwag o swoistości bolu w przebiegu chorób narządów wewnętrznych. — Jakowski: Ś. p. Henryk Rouppert. — Zylbercwajgowa: Przyczynek do oligofazji u epileptyków. — Wretowski: Przypadek wrodzonego dziedzicznego braku wszystkich środkowych paliczków u obu rąk. — Owczarewicz: W sprawie aglutynin i jadów dyzenterycznych szczepów Shiga-Kruse. — Piotrowska: Przyczynek do nowotworów kąta móżdżkowo-mostowego.

Lwowski Tygodnik lekarski Nr 5.: Mahl: Przyczynek do wiadomości o brodawkach, brodaweczkach płaskich i kłykcinach stożkowatych. — Browicz: Stan włóknisty przedsionka lewego w toku t. zw. wad serca i jego znaczenie. — Fuchs-Reichowa: Meningitis serosa.

Lekarz wojskowy Nr 15—17.: Idaszewski i Komocki: Krótki zarys obecnego stanu nauki o włośnicy oraz ...o epidemji włośnicy w jednym z oddziałów W. P. — Karbowski: O dominujących poglądach na sprawę t. zw. nerwicy kontuzyjnej. — Załuska: Ś. p. Dr Malewski. — Bętkowski: Leczenie ran ropiejących fenolem. — J. K.: Ś. p. Rump. — Składkowski: Polacy jako materjał rekrucki w świetle statystyki sanitarnej armij zaborczych. — Odeński: Uwagi o zimnicy, jej leczeniu i zwalczaniu. — Weigl: O zarazku »Rickettsia Prowazeki« i znaczeniu jego przy durze osutkowym. — Skórczewski: Wgojenie pocisku w mięśniu sercowym.

Kronika dentystyczna Nr 1—3.: Gogolewski: O leczeniu procesów miejscowo-zakaźnych w jamie ustnej. — Zawidzki: Sprawa reformy studjów dentystycznych.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego. Rok III. Nr 1—2. W dziale nieurzędowym: Sterling-Okuniewski: Przyczynek do epidemiologji grypy hiszpańskiej. — Grzywo-Dąbrowski: 1) Sprawozdanie z czynności lekarza sądowego. 2) Kazuistyka sądowo-lekarska. 3) Dwa przypadki śmierci nagłej u dzieci w związku ze stanem limfatycznym i t. d. — Miklaszewski: Spała, jako miejscowość na uzdrowisko leśne. — Jaroszyński: Poradnia wychowawcza. — Janiszewski: Przemówienie na Zjeździe Związku miast. — Wernic: Walka z nierządem i chorobami wenerycznemi.

Zdrowie 1919/20. Zesz. 9.—1.: Zadębowski: Uregulowanie rozrodczości jako zagadnienie higieny rasy. — Polak: Szkice z podróży w sprawach zdrowia.

Zagadnienia rasy Nr 6. i 7. (Styczeń 1920): Ś. p. Dr Wesołowski. — Manteuffel: Ochrona macierzyństwa pod względem prawno-społecznym. — Stefan Kramsztyk: Zagadnienia eugeniczne a idea państwowa. — Lenartowicz: Stan szpitalnictwa i środków walki z chorobami wenerycznemi we wschodniej części Galicyi. — Sokal: Ochrona pracy kobiet. — Wernic: Stan szpitalnictwa dla chorych wenerycznych w b. Kongresówce. — Statut Polskiego Towarzystwa ze zwyrodnieniem rasy.

Bibliografia.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung. (Monachium, J. F. Lehmann). (Cena za I półrocze 25 Mk. niem.). Zeszyt za maj zawiera rozprawy: Pollaka: Patologja i patogeneza padaczki; Prof. Stranskyego: Padaczkowe zboczenia umysłowe; Schmidta: Leczenie padaczki; Mayera: Przegląd psychiatryczno-neurologiczny.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Ogłoszenie konkursu.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Łodzi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza sądowego Okręgu Łódzkiego. Do posady tej przywiązane są pobory służbowe według VI kategoryi płac tymczasowych przepisów służbowych dla urzędników państwowych ze wszystkimi dodatkami drożyźnianymi, których wysokość zależną jest od stanu rodzinnego.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać się:
1) nieprzekroczonym 40 rokiem życia,
2) obywatelstwem polskiem,
3) prawem praktyki lekarskiej w Państwie polskiem,
4) praktyką w zakresie medycyny sądowej.

Należycie udokumentowane podanie należy wnosić w terminie do dnia 15. maja 1920 r. do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowią w Łodzi ul. Rokicińska Nr 53. 247

WOJEWÓDZKI URZĄD ZDROWIA.

Kielce, dn. 10. V. 1920 r.
Nr. 3300.

Wojewódzki Urząd Zdrowia w Kielcach ogłasza konkurs na posadę Inspektora lekarskiego w VI kategorji płacy z terminem do 1. czerwca 1920 r. Podania wnosić należy do Ministerstwa Zdrowia publicznego za pośrednictwem Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Kielcach.

Dr Fuchs,
251 Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wakuje stanowisko

lekarza naczelnego

szpitala św. Stanisława (dla chorych zakaźnych) **w Warszawie.**

Płaca zależnie od stanu rodzinnego około 28.000 mk. rocznie oraz dodatek 25% (bez mieszkania).

Podania składać z dołączeniem życiorysu do d. 20. czerwca 1920 r. do wydziału szpitalnictwa (**Jasna 1**). 161

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.